

UNIVERZITA KARLOVA v PRAZE
Pedagogická fakulta
katedra primární pedagogiky

UČITEL A ZDRAVÍ
VZTAH MEZI ZDRAVÍM PEDAGOGŮ MATEŘSKÝCH ŠKOL A
VÝKONEM JEJICH UČITELSKÉ PROFESE

THE TEACHER AND HEALTH
RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH OF PRESCHOOL TEACHERS
AND THEIR PROFESSION

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Kořátková Soňa, Ph.D.

Autor diplomové práce: Marešová Lucie

Studijní obor: Pedagogika předškolního věku

Forma studia: kombinovaná

Diplomová práce dokončena: listopad, 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

V Praze dne

Podpis:

Poděkování:

Děkuji PaedDr. Soně Kořátkové, Ph.D za vedení této diplomové práce.

Tuto diplomovou práci věnuji Nině Petrasové.

Anotace

Práce si klade za cíl charakterizovat zdraví ve všech aspektech důležitých pro zachycení vztahu „učitel a zdraví“. V první části jsou zpracována teoretická východiska týkající se kvality zdraví, subjektivního zdraví, chování a životního stylu podporujícího zdraví, prevence zdravotních rizik povolání a předprofesní přípravy učitelů. Druhá část zpracovává data získaná dotazníkovým šetřením od 60 učitelek mateřských škol. Hlavním záměrem empirické části bylo zjistit, jakým způsobem předškolní pedagogové vnímají zdraví ve vztahu k povolání učitele v mateřské škole, co hodnotí na učitelství jako pozitivní a negativní vzhledem ke svému zdraví a které zdravotní problémy vnímají jako překážku pro výkon učitelského profese.

Klíčová slova

Předškolní výchova, zdraví, učitel a zdraví, pracovní zátěž, rizika učitelského povolání v MŠ, prevence zdravotních rizik povolání.

Abstract

The aim of this Final Thesis is to characterize health in all relevant aspects essential for proper understanding of the relation between the "teacher and health". In the first part the author bring forward theoretical basis concerning the quality of health, subjective perception of health, behavior and health supportive life style, risk prevention in occupational safety and pre-professional preparation of teachers. The second part pursues collected data from 60 pedagogues in the questionnaires. The main intention of the empirical part was to reveal and describe the nature of perception of health in relation to the teacher occupation among preschool teachers; what do teachers assess as positive and negative regarding their health and which health problems are seen as obstruction to proper performance of the teacher occupation.

Key words

Preschool education, health, the teacher and health, the work load, the risk of teaching in kindergarten, the prevention of health risks caused by profession.

Obsah

ÚVOD.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1. LIDSKÉ ZDRAVÍ.....	9
1.1 DEFINICE ZDRAVÍ.....	9
1.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ A JEJICH VLIV NA KVALITU ŽIVOTA	13
1.2.1 Osobní pohoda	13
1.2.2 Zranitelnost	16
1.2.3 Odolnost	16
1.3 PŘÍSTUP ČLOVĚKA KE ZDRAVÍ A NEMOCI	19
1.4 ZDRAVÍ U OBECNÉ POPULACE	20
1.5 VYMEZENÍ ŽIVOTNÍHO STYLU, KTERÝ ZDRAVÍ PODPORUJE	23
1.5.1 Kompetence učitele podporujícího zdraví.....	24
1.5.2 Konkrétní podoba podpory zdraví v jednotlivých dílčích oblastech.....	26
1.6 ZDRAVÍ UČITELŮ MATEŘSKÝCH ŠKOL	28
2. VLIV VÝKONU POVOLÁNÍ NA LIDSKÉ ZDRAVÍ	30
2.1 ZDRAVOTNÍ RIZIKA V PRACOVNÍM PROSTŘEDÍ A JEJICH ŘEŠENÍ	30
2.2 RIZIKOVOST PRÁCE V ČESKÉ REPUBLICE	32
2.3 ANALÝZA VNĚJŠÍCH ZDRAVOTNÍCH RIZIK PRACOVNÍHO PROCESU V MATEŘSKÉ ŠKOLE	33
2.4 PRACOVNÍ ZÁTĚŽ	34
2.4.1 Pracovní zátěž učitelů MŠ	35
2.4.1.1 Zdroje fyzické zátěže.....	36
2.4.1.2 Zdroje psychické zátěže	36
2.4.1.3 Zdroje sociální zátěže.....	37
2.5 ZDRAVOTNÍ RIZIKA SPOJENÁ S VÝKONEM UČITELSKÉ PROFESY V MŠ.....	38
2.5.1 Stres.....	38
2.5.1.1 Fyziologické změny způsobené stresem	41
2.5.1.2 Emocionální změny způsobené stresem.....	42
2.5.1.3 Dopad některých stresových situací na zdraví.....	42
2.5.2 Syndrom vyhoření.....	43
2.6 POŽADAVKY NA OSOBNOST UČITELE VZHLEDEM K PRACOVNÍ ZÁTĚŽI	45
2.6.1 Adaptace.....	47
2.6.2 Coping - zvládání stresu.....	48
2.7 PŘÍKLAD UČITELE PŘIPRAVENÉHO NA ÚSPĚŠNÉ ZVLÁDÁNÍ UČITELSKÉ PROFESY	51
2.8 PŘEDPROFESNÍ PŘÍPRAVA PŘEDŠKOLNÍCH UČITELŮ S OHLEDEM NA VZTAH ZDRAVÍ – VÝKON PROFESY ..	56
3. PREVENCE ZDRAVOTNÍCH RIZIK POVOLÁNÍ	60
3.1 DUŠEVNÍ HYGIENA V KAŽDODENNÍM ŽIVOTĚ.....	60
3.1.1 Duševní hygiena v práci	62
3.2 PREVENCE ZÁTĚŽE A ZDRAVOTNÍCH RIZIK V POVOLÁNÍ UČITELE MŠ	62
II. PRAKTICKÁ ČÁST	65
4. CÍLE VÝZKUMU	65
5. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	66
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	66
5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	67
6. METODY VÝZKUMU	67

7. VÝZKUM	68
7.1 PODMÍNKY PRO REALIZACI VÝZKUMU	69
7.2 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	70
7.2.1 Výsledky dotazníkového šetření a jejich analýza	71
Shrnutí odpovědí na otázku 1	73
Shrnutí odpovědí na otázku 2	75
Shrnutí odpovědí na otázku 3	77
Shrnutí odpovědí na otázku 4	80
Shrnutí odpovědí na otázku 5	82
Shrnutí odpovědí na otázky 6, 7 a 8	86
Shrnutí odpovědí na otázku 9	91
Shrnutí odpovědí na otázku 10	94
Shrnutí odpovědí na otázku 11	98
Shrnutí odpovědí na otázku 12	101
Shrnutí odpovědí na otázku 13	102
Shrnutí odpovědí na otázku 14	106
Shrnutí odpovědí na otázku 15	108
Shrnutí odpovědí na otázku 16	112
7.2.2 Srovnání výsledků dotazníkových šetření z let 2007 a 2010	113
7.3 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ Z ROKU 2010	116
7.4 DISKUSE	120
7.4.1 Diskuse nad povahou dat získaných dotazníkovým šetřením	120
7.4.2 Otázky do diskuse	123
8. ZÁVĚR	125
9. SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	128
9.1 LITERATURA	128
9.2 ELEKTRONICKÉ ZDROJE	132
10. PŘÍLOHY	134

Úvod

Diplomová práce na téma „učitel a zdraví“ objasňuje, jak předškolní pedagogové vnímají své vlastní zdraví a jeho provázanost s povoláním, které vykonávají. Jde zejména o konfrontaci subjektivního pocitu zdraví učitelů a kvality výkonu povolání učitele. Prvořadým záměrem této práce není hledat v učitelské profesi vnější příčiny, které mohou být pro pedagogy zdrojem zdravotních rizik. I když je pravda, že různé objektivní okolnosti, podmínky nebo rysy systému předškolního vzdělávání mají vliv na zdraví učitelů, smyslem této práce je zkoumat subjektivní zdraví pedagogů ve vztahu k výkonu jejich profese. Zaměřit se na problém zdraví v rovině učitelovy osobnosti, osvětlit, co předškolní pedagogové hodnotí na své profesi jako zdraví poškozující a co naopak jako zdraví posilující. Jaký mají učitelé vztah ke svému zdraví, jestli jej podporují a chrání, či nikoli. Nebo zda naopak učitelská profese jako taková ovlivňuje jejich zdraví.

Teoretická část práce se věnuje profesi učitele z úhlu nejčastějších a nejznámějších vlivů a důsledků, které toto povolání z hlediska zdraví produkuje. Za tímto účelem bylo nutné nejprve definovat obecně lidské zdraví, konkrétně jeho subjektivní rovinu, dále pak upřesnit, co je míněno chováním, které zdraví podporuje (včetně definování životního stylu podporujícího zdraví), a konečně bylo třeba vymezit známá rizika učitelského povolání a metody užívané ke zvládnutí zátěže a ochraně zdraví učitelů.

Empirická část zpracovává informace z dotazníků určených předškolním učitelům. Jejich sběr se uskutečnil na pražské a brněnské pedagogické fakultě. Kvalitativní výzkum měl za cíl odhalit, jaký postoj učitelé zaujímají ke zdraví a jaký má tento postoj vliv na vykonávanou profesi učitele v mateřské škole. Získaná data jsou analyzována především vzhledem ke stanoveným cílům výzkumu a výzkumným otázkám. Snahou bylo odborně interpretovat získaný materiál a zasadit výsledné skutečnosti do širšího kontextu tak, aby bylo možné vztáhnout vyvozené poznatky k dílčím aspektům předškolního vzdělávání a zejména k osobnosti učitele.

Zdraví učitelů mateřských škol je málo (pro)zkoumané. Neexistuje mnoho informací o důsledcích dlouhodobé zátěže vzdělávacího procesu na předškolní pedagogy,

ani není přehledně zpracovaná problematika rizik spjatých výlučně s předškolním vzděláváním. Protože většina odborné literatury zkoumá téma „učitel a zdraví“ z pohledu základního, středoškolského, popřípadě vysokoškolského vzdělávání, měla by tato diplomová práce rozšířit povědomí o oblast předškolní. Specifický pohled na zdraví předškolního učitele, který práce přináší, může v budoucnu pomoci jak při přípravě studentů na vysokých školách, tak pedagogům v mateřských školách. Výsledky praktického výzkumu lze využít teoreticky i v každodenní učitelské praxi.

Z formálního hlediska je nezbytné upřesnit odborné názvosloví a vysvětlit pravidlo, kterým se v diplomové práci řídí užívání termínů *předškolní pedagog*, *učitel MŠ* a *učitelka*. Hovoří-li se v textu o *předškolním pedagogovi*, jde o vystižení obecné roviny učitelské profese se vším, co zahrnuje a co se k ní váže, a to bez ohledu na genderové hledisko. Označení *učitel MŠ* je převzato ze zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících (Internet 18). Při užívání této varianty sdělujeme obecně platné poznatky o všech, kteří vykonávají učitelskou profesi v mateřské škole (učitelky, ředitelky, učitelé), nebo se vyjadřujeme k obecným záměrům, které sleduje tato diplomová práce (toto platí zejména pro praktickou část). Slovo *učitelka* užíváme především v empirické části, kde hovoříme o výsledcích výzkumu. Máme na mysli výhradně učitelky mateřských škol, které poskytly své odpovědi v dotazníkovém šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části jsou zpracovány tři tematické okruhy: lidské zdraví, důsledky a vlivy na zdraví, které produkuje povolání, a prevence zdravotních rizik povolání.

1. Lidské zdraví

Zdraví se týká všech lidských bytostí. Je hodnotou, jejíž cena není pouze individuální. Z pohledu psychického a sociálního významu ovlivňuje výrazným způsobem kvalitu života ve společenství. Zdraví populace, přístup ke zdravotní péči a kvalita zdravotnických služeb odrážejí vyspělost společnosti. Chování člověka, který své zdraví buď podporuje nebo poškozuje, vypovídá o míře jeho zodpovědnosti, o rozsahu, v jakém vnímá svůj život (ne)konzumním způsobem. Zdraví ovlivňuje život člověka v rodině i zaměstnání, má vliv na jeho jednání i prožívání. Zdraví je základním lidským právem. Na všech stupních zdravotnických služeb by měla platit rovnost v jejich užívání (ať již se jedná o prevenci, diagnostiku, terapii či rehabilitaci), aby dosažení optimálního zdraví jedince bylo výsledkem promyšlené systematické a účinné péče, která není výsadou, ale předpokladem k plnohodnotnému životu.

Péče o vlastní zdraví by měla být základní lidskou kompetencí, člověk by měl rozumět tomu, proč je zdraví důležité a proč je třeba jej podporovat. Měl by znát účinné způsoby, jak zdraví chránit a rozpoznat rizika, která zdraví ohrožují. Za tímto účelem je potřebné vědět, co se vlastně zdravím míní, jaká jsou vymezení a definice zdraví.

1.1 Definice zdraví

Fyzické zdraví je asi tím prvním, co každého člověka napadne, když se mluví o zdraví. Fakt, jestli je člověk nemocen, jestli navštěvuje lékaře, popřípadě bere nějaké léky, to vše jsou okolnosti, které vypovídají o tělesné kondici. Stav lidského těla se často jasně manifestuje a je nástroji západní medicíny dobře diagnostikovaný a následně

rehabilitovaný. Fyzická složka však dávno není jediná, jež tvoří obsah pojmu zdraví. Definice zdraví z roku 1946, jak ji předložila veřejnosti Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO)¹, totiž nabízí následující vymezení: „*Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.*“² (Křivohlavý, 2001, s. 37). V. Kebza (2005) uvádí přednosti, které činí tuto definici přijatelnou pro převažující část široké i odborné veřejnosti. Ve třech bodech jmenuje za hlavní klady stručnost, srozumitelnost a výstižnost formulace; kladné vymezení pojmu zdraví, které je popsáno jako žádoucí stav, přirozený a motivující k následování; mezioborové vymezení zdraví, jež je v souladu s bio-psycho-sociálním modelem zdraví.

Nutno však dodat, že tato definice se postupem času rozvíjela o dodatky k původní charakteristice zdraví. V roce 1977 výzva Zdraví pro všechny uvádí jako důležitou: „*schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Tímto dovětkem a jeho postupným uplatňováním v systému zdravotní péče a zdravotní politiky přestalo být zdraví cílem samo o sobě a stalo se prostředkem k realizaci harmonického vývoje člověka.*“ (Kebza, 2005, s. 22). Takto ideálně definované vymezení zdraví bylo v roce 2001 Světovou zdravotnickou organizací (dále SZO) úžeji konkretizováno jako „*snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí nebo poruch a nárůst pocíťované úrovně zdraví*“ (WHO, 2001, s. 13).

Současná definice zdraví, kterou uvádí SZO na svých stránkách, zní: „*In the 21st century, health is a shared responsibility, involving equitable access to essential care and collective defence against transnational threats.*“³ Přeloženo ve znění: „Ve 21. století je zdraví společnou odpovědností, která předpokládá, že bude mít každý příležitost dosáhnout svého plného individuálního zdravotního potenciálu díky základní zdravotní péči a solidární ochraně proti nadnárodním hrozbám.“

¹ Tato definice byla přijata v Preambuli k Ústavě WHO na Mezinárodní konferenci ke zdraví v New Yorku ve dnech 19. – 22. 6. 1946, v platnost byla uvedena oficiálně 7. 4. 1948 (Kebza, 2005)

² Originální znění je následující: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“, což lze přeložit také jednoduše jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jako pouhou nepřítomnost nemoci nebo slabosti.“ (Kebza, 2005, s. 21)

³ About WHO [online]. [citováno 11. 6. 2010]. Dostupné z <http://www.who.int/about/en/>.

Vymezení zdraví není jednoduchou záležitostí, pokud má být charakterizováno tak, aby nebyly opominuty všechny dimenze zdraví a vlivy (vnitřní i vnější), které na něj působí. V české odborné literatuře tuto problematiku nejkomplexněji zpracoval V. Kebza (2005). Jak konstatuje, „*ke zdraví nelze přistupovat jako k jednotlivému, izolovanému jevu. Jeho stav je vždy výsledkem interakce člověka s prostředím (...), v němž člověk žije.*“⁴ Navíc nelze opominout nárok definovat zdraví komplexně tak, abychom nezapomněli:

- „1) vyjádřit vrozenou (genetickou) i získanou individuální podmíněnost zdraví (životní styl),
 - 2) zachytit aktuální místo individua na škále 'zdraví-nemoc' ve smyslu fyzického zdravotního stavu,
 - 3) současně však též vzít v úvahu subjektivní údaje o vlastních pocitech prostřednictvím podnětů týkajících se charakteristik osobní pohody ('well-being'), štěstí a životní spokojenosti včetně úrovně a kvality sociálních vztahů k druhým lidem,
 - 4) dále posoudit též příslušné vnější projevy lidského organismu, tj. chování člověka ve vztahu ke zdraví a nemoci,
 - 5) to vše vyjádřit z hlediska dlouhodobých i krátkodobých proměn v čase, uplatňujících se v daném historickém, sociálním, politickém, ekonomickém a kulturním kontextu vývoje společnosti.“ (ibid., s. 10).
- Autor uvádí při hodnocení individuální úrovně zdraví kromě fyzické, psychické a sociální dimenze zdraví rovněž dimenzi spirituální a etickou (ibid., s. 25). Tím (na rozdíl od výše zmíněné definice J. Křivohlavého) nejen pohled na zdraví rozšiřuje o duchovní prostor, mravní rozměr a zásady, ale odkazem na žádoucí postoj člověka ke zdraví dovádí definici zdraví k úplnosti. Člověka, který svým zdravotním chováním („health behavior“) – životním stylem i jednáním – své zdraví chrání a předchází vzniku nemoci.

Povaha teorií zdraví se liší dle pojetí, jímž autoři zpracovávají vztah duše a těla. Našli bychom rozdíly v pojetí zdraví v *psychosomatické medicíně*, *behaviorální medicíně* a

⁴ Neopominutelné jsou přitom determinanty zdraví, které zásadně ovlivňují zdravotní stav jedince, z nichž zřejmě největší podíl vlivu (50-60%) nese životní styl zahrnující výživu, fyzickou aktivitu, vykonávanou práci a vše, co s ní souvisí, sexuální aktivitu, osobní duševní pohodu, vztahy k okolí, způsob a kvalitu zvládání zátěže a stresu, absenci či rozvoj závislostí. (Kebza, 2005).

psychologii zdraví. Koncepce a definice zdraví se vzájemně odlišují také úhlem pohledu autora na zdraví.

Konkrétní typologizaci zmiňme v případě V. Břicháčka, který uvádí čtyři přístupy ke zdraví: „a) *holistický přístup, zdůrazňující pojetí člověka a jeho zdraví jako celku; b) dynamický přístup, pojímající zdraví jako proměnlivý jev, který se naplňuje v celoživotní perspektivě člověka; c) sociální přístup, zařazující člověka do přediva sociálních vztahů a hodnotící zdraví v souvislosti s nimi, a d) interaktivní přístup, zachycující člověka v jeho širším prostředí*“ (ibid., s. 17).

B. Vašina (1999) uvádí přehled kategorií zdraví, které byly určeny na základě cambridgeského výzkumu, o němž pojednává M. Blaxter. Autor jmenuje osm pojetí zdraví: 1) „pasivní zdraví“ čili stav bez nemoci a obtíží, 2) prožívané zdraví bez ohledu na faktický stav – zda je jedinec dle objektivních kritérií zdravý nebo nemocen, 3) zdraví jako odolnost – schopnost zvládat onemocnění, nebo mu vzdorovat, 4) zdraví jako fyzická zdatnost – fitness, tělesná síla a výkonnost, 5) zdraví jako energie a vitalita – živost, neúnavnost, zaujetí..., 6) zdraví definované sociálními vazbami a vztahy – péče o druhé, 7) zdraví jako funkce – schopnost vyrovnávat se s životními úkoly, schopnost vykonávat náročnou práci (bez ohledu na pocity a prožívání) a 8) zdraví jako psychosociální pohoda – kritériem je vyrovnaný psychický a fyzický stav.

Zdraví lze rovněž vnímat z hlediska role, kterou hraje v životě člověka (Křivohlavý, 2001), z hlediska povahy přístupu, který k hodnocení zdraví zaujmeme (pozitivní a negativní přístup), nebo z pohledu „užitnosti“ modelového zpracování pojmu zdraví (viz např. valeologie vnímající zdraví jako všestranné zhodnocování individuálního života – Bedrnová a kol., 1996). Podstatný však zůstává dopad těchto teorií a definic na život v reálném světě. Vliv, který může mít jejich poznání na lidské myšlení a chování. Proto se požadavek na srozumitelnost formulací vymezujících zdraví a jejich provázanost s každodenní zkušeností člověka jeví jako opodstatněný. A tak pro účely práce budeme vycházet z *holistického, celostního pojetí zdraví*, v němž je zdraví chápáno jako celek, komplexní soubor všech složek tvořený propojením části tělesné, duševní, sociální a spirituální.

Zdraví lidí je podmíněno tím, zda a do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět jednotlivci a jakou oporu přitom najdou u svého okolí i v celé společnosti. Jak je již dnes známo, zdraví (a péče o ně) je široce sociálně podmíněné. K jeho ochraně, posilování a navracení je třeba využívat nejen poznatků medicínského výzkumu, ale i dalších oborů, a to zejména sociomedicínských a socioekologických. A to tak, aby se podařilo člověka motivovat k péči o vlastní zdraví, aby rostlo vědomí skupinové a individuální odpovědnosti za zdraví. K tomu je třeba dostatečně vnímat determinanty zdraví, tedy to, co zdraví ovlivňuje.

Jsou to především sociální, ekonomické a další podmínky, které můžeme shrnout pod pojem životní prostředí, životní styl, genetický základ a v neposlední řadě systém zdravotnictví. Pro účely práce budou v tomto ohledu nejdůležitější psychosociální determinanty zdraví.

1.2 Psychosociální determinanty zdraví a jejich vliv na kvalitu života

Psychosociální determinanty zdraví zahrnují skupinu psychologických, sociálních, behaviorálních a kulturních proměnných ovlivňujících významně vztahy mezi zdravím a nemocí. Patří sem například otázky osobní pohody ve vztahu ke zdraví (well-being), psychické odolnosti (resilience), zranitelnosti (vulnerability), zvládání zátěže a stresu, dále otázky vlivu socioekonomického statusu (SES) na zdraví, kvality života, sociální opory (social support), nerovností ve zdraví (inequality in health) a další.

1.2.1 Osobní pohoda

Člověk hodnotí své zdraví *subjektivně*, v závislosti na svém žebříčku hodnot, životních prioritách a vnímání sebe sama ve vztahu ke světu. Koncem sedmdesátých let dospěla věda a výzkum k poznání, že subjektivní složka – to, jak se člověk sám cítí – tvoří nedílnou část při hodnocení zdraví lidského jedince. „Zdraví není jen objektivně zjistitelný

a ověřitelný stav.“ (Havlíková, M.; Vencálová E. eds., 2008, s. 20). Zdraví „není jen nepřítomnost nemoci. Je to subjektivní pocit životní pohody, souladu a harmonie, který si uvědomujeme podle míry své zralosti.“ (ibid., s. 18) Souvisí totiž s osobním pocitem *pohody*⁵ nebo *nepohody*⁶, které člověk vnímá.

Pohoda označuje subjektivní pocit zdraví, funkční rovnováhu – *homeostázu* – na níž se „...všestranně podílejí interakce mezi funkcemi organismu a psychiky, složitě zprostředkovány osobními vlastnostmi, mezilidskými vztahy a širším prostředím jednotlivce.“ (ibid., s. 21) Soulád biopsychických procesů člověka s vnějšími sociálními a environmentálními podmínkami je příčinou výsledné míry (ne)pohody. Žádoucí je co největší pohoda, neboť čím pevnější je rovnováha, tím snazší je zvládání zátěže⁷ a nižší dopad nepříznivých vlivů na jedince. Proto je také podpora zdraví zaměřena na ochranu člověka před narušením pohody (protektivně) i na vytipování nebezpečí, která mohou přímo zdraví člověka ohrozit (rizikově).

V. Kebza (2005) uvádí souborný výklad pojmu *osobní pohoda*, který je překladem anglického termínu *well-being*.⁸ Pro účely této práce budeme brát v potaz sociální hledisko (viz níže) a psychologické hledisko, interpretující osobní pohodu na rozhraní mezi náladou a osobnostním rysem, jako déletrvající prožitek ovlivnitelný aktuálním psychickým stavem a životními postoji. Lze rozlišovat *subjektivní* a *objektivní osobní pohodu*⁹ a rozlišovat šest základních dimenzí – sebekřjetí (self-acceptance), pozitivní vztahy s druhými (sem se řadí také schopnost empatie), autonomie, zvládání životního prostředí (environmental mastery)¹⁰, smysl života (purpose in life), osobní rozvoj (personal growth).

⁵ S pocitem *souladu, harmonie, pozitivního naladění, bezpečí...*

⁶ Stav *rozladění, vyvedení z rovnováhy, ohrožení, bez nálady, neuspokojení...*

⁷ U pedagogů např. zátěž pracovního procesu.

⁸ Ten zahrnuje dimenzi tělesnou, duševní, sociální a spirituální. Někteří autoři duševní pohodu (jak je někdy termín překládán) definují pomocí dvou složek – *kognitivní*, představující vědomé hodnocení vlastního života (životní spokojenost – life satisfaction), a *emoční*, tvořenou náladami, emocemi, afekty (Blatný, 2001).

⁹ V. Kebza (2005, s. 68) subjektivní pocit osobní pohody definuje pomocí čtyř komponent: psychická osobní pohoda, sebeúcta (self-esteem), sebeuplatnění (self-efficacy) a osobní zvládání (mastery); objektivní osobní pohoda je tvořena funkční kapacitou organismu, zdravotním stavem a socioekonomickým statutem.

¹⁰ Schopnost zvládnout každodenní nároky, vidět příležitosti v okolním prostředí a dovednost využít je pro dosažení vlastních cílů a potřeb (C. D. Ryffová a C. L. Keyesová in Kebza, 2005, s. 69).

Existuje vzájemný vztah mezi sebehodnocením a spokojeností se životem (life satisfaction). (ibid.) Pozitivní hodnocení vlastní osoby je jedním z hlavních předpokladů životní spokojenosti. Bývá provázené rozvíjením vlastního ega, autonomií, sebeprosazením a úspěchem. Tito lidé bývají charakterizováni psychickou odolností a tvrdostí, dominancí a maskulinitou. Také emoční stabilita, afilita a konkrétní, praktické myšlení se ukázaly jako předpoklady pro životní spokojenost i kladné sebehodnocení (Blatný, 2001).

Osobní pohodu rovněž ovlivňuje kvantita a kvalita sociálních kontaktů. Pod označení sociální opora (social support) můžeme zahrnout sociální vazby, pomáhající člověku udržet duševní pohodu a zdraví. Jinými slovy, začlenění člověka do sociální struktury, sociální fond, který má k dispozici, určuje míru pomoci, jež může jedinec očekávat v případě náročných životních situací, resp. zátěží.¹¹

Spojitosť byla rovněž prokázána mezi osobní pohodou a pohybovou aktivitou příznivě ovlivňující sebeúctu, vnímání úzkosti, depresi, tenzi a stres.

Za rozhodující pro úroveň osobní pohody byl určen celkový zdravotní stav jedince, jeho socioekonomický status a věk. Prokázalo se, že s vyšší úrovní vzdělání se úroveň osobní pohody zvyšuje. Osobní pohodu ovlivňuje i věk, ale nelze vyslovit pravidlo, podle něhož by s rostoucím věkem osobní pohoda klesala. V tomto ohledu bylo pouze zjištěno, „že v mladším věku (cca do 40 let) jsou ženy zřejmě poněkud šťastnější než stejně staří muži, zatímco v kategorii nad 45 let jsou šťastnější spíše muži.“ (Kebza, 2005, s. 76).

Míra osobní pohody je ve vzájemném vztahu s uplatněním, kterého je člověk v životě schopen. Respektive, čím větší osobní pohoda, tím lepší fyzické, psychické a sociální uplatnění – hodnotnější život. Osobní pohoda je jakýsi předpoklad pro kvalitní život a její prožitek je tedy jednou z významných složek zdraví.

¹¹ Sociální opora je považována za faktor omezující působení stresu (Paulík, 2010) viz dále. (Srovnej např. Kebza, 2005; Křivohlavý, 2009)

1.2.2 Zranitelnost

Významnou determinantou ovlivňující zdraví jedince je zranitelnost, vulnerabilita. Ta na spojnici zdraví – nemoc posouvá člověka blíž k nemoci. Svědčí o vnímavosti jedince vůči psychickým i fyzickým chorobám (Kebza, 2005), o snížené toleranci a náchylnosti k obtížím. „*Při styku s podněty ohrožujícími zdraví představuje snížení obranyschopnosti organismu a zvýšení pravděpodobnosti onemocnění.*“ (Paulík, 2010, s. 39).

Rozlišována je vulnerabilita primární a sekundární. Primární zranitelnost jedinec získává do šestého měsíce věku, sekundární v pozdějším období svého vývoje. Teorie vulnerability hovoří o propojenosti složky vrozené, resp. genetické (*obecná biologická vulnerabilita*) a naučené, kognitivní: *obecná psychologická vulnerabilita* (charakteristická chybějícím pocitem kontroly a naučeným pesimistickým přístupem) a *specifická psychologická vulnerabilita* (pro ni je typické, že člověk hodnotí posuzování a hodnocení přicházející z okolí jako ohrožující).

1.2.3 Odolnost

Opakem vulnerability je odolnost¹². Na ni lze nahlížet buď jako na proces přizpůsobování člověka nepříznivým změnám prostředí, nebo jako na termín, pod nímž se skrývají adaptační procesy, obranné mechanismy či strategie zvládání zátěže a stresu (Paulík, 2010), které člověku pomáhají ochránit osobní pohodu a zdraví (Kebza, 2005).

Odolnost může být členěna na *konstituční* (vrozenou dispozici síly, vytrvalosti, snášenlivosti organismu a nervové soustavy) a *habituální* („naučenou“ odolnost získanou osvojením vhodných způsobů reagování na zátěž). Z hlediska užívání na *skutečnou* (autentické vnitřní a sociální předpoklady a dispozice) a *zdánlivou* (stylizace, která se jeví jako žádoucí – účelové chování, považované za očekávané). Odolností se můžeme zabývat z různých pohledů – psychologického, biologického, sociologického. Je možné ji zkoumat z hlediska její hodnoty pro člověka, podstaty jejího vlivu na lidský život, ale také např. důsledků pro zdraví, které se projeví, je-li odolnost snížena, nebo nepřítomna.

¹² Překlad anglického termínu *resilience*, který též vyjadřuje nezdolnost či nezlomnost.

K. Paulík (2010) uvádí definici odolnosti tak, jak je pojmána v odborné literatuře¹³ jako „*schopnost nenechat se výrazněji vyvést z míry, rychle po odeznění zátěže obnovit původní stav akceschopnosti i kreativně využít poznatky z již zvládnuté zátěže s vynaložením odpovídajícího volního úsilí v další adaptaci. (...) V tomto smyslu je odolnost obecným kvalitativním znakem adaptace příznačným rozsahem podnětů, s nímž se jedinec dokáže efektivně vyrovnat, aniž by došlo k narušení nebo zhroucení adaptačních mechanismů.*“ (s. 102)

Odolnost je psychický fenomén, typický svojí proměnlivostí v závislosti na vnitřních i vnějších podmínkách. Neplatí pravidlo, že daný jedinec bude vykazovat v konkrétní opakující se situaci vždy stejnou míru odolnosti. Podle povahy zátěže a předpokladu, který má člověk pro její zvládnutí, se však dá usuzovat, jakým způsobem a jak úspěšně bude situace daným jedincem zvládnuta. Obecně je možné míru odolnosti odhadnout dle schopností, které má člověk pro řešení zátěžových situací. Jedná se o schopnost:

1. odolat tlaku a zvolit vhodné vzorce chování (*resistance*);
2. rychle a pružně regenerovat systém rovnováhy a navrátit se k původnímu stavu (*recovery*);
3. poučit se a využít získané zkušenosti (nové poznatky i dovednosti) v budoucnosti (*reconfiguration*) (ibid.).

Pojetí, která se zabývají odolností, vycházejí z *koncepce lokalizace kontroly* (locus of kontrol, LOC) J. Rottera (viz Kebza, 2005). Jejím základem je přesvědčení, že je náš život předurčen a nemáme na jeho vývoj vliv¹⁴, nebo, že jsme to my, kdo svým úsilím a aktivitou může ovlivnit vnější okolnosti a přičinit se o žádoucí chod věcí¹⁵. Postoj, který zaujímáme, ovlivňuje styl, jímž (ne)zvládáme náročné životní situace. Účinné zvládnutí zátěže předpokládá důvěru ve vlastní schopnosti (*self-efficacy*), „smysl pro soudržnost“

¹³ Autor se ve své publikaci odkazuje na J. Mareše a kol. *Kvalita života dětí a dospívajících II*. Brno: MSD, 2007.

¹⁴ Místo kontroly (LOC) je „vně“ člověka.

¹⁵ Místo kontroly (LOC) je „uvnitř“ člověka.

(*Sense of coherence – SOC*). Je tvořený třemi složkami: srozumitelností, zvladatelností a smyslností¹⁶ a jistou dávkou nezdolnosti (*hardiness*)¹⁷. Díky ní je každodenní zátěž vnímána spíše jako výzva, člověk zůstává věrný sám sobě – ztotožňuje se s tím, co dělá, a je schopen kontrolovat a řídit i nepříznivé situace.

Odolnost v biologickém smyslu představuje imunita lidského organismu. Imunitní systém je v lidském těle zodpovědný za udržování homeostázy (vnitřní rovnováhy) a tedy za uchování zdraví (Paulík, 2010). Jeho narušení či poruchy vedou ke vzniku onemocnění. Jak dokazují studie zabývající se vlivem stresu na zdraví člověka, imunita je spjata s lidskou psychikou.¹⁸ Kvůli této provázanosti se může nadměrná psychická zátěž negativně projevit i narušením imunity. Psychické napětí se somatizuje, resp. psychogenní potíže se přenesou do tělesné roviny.

Vzhledem k zaměření diplomové práce je třeba zmínit rozdíly v odolnosti u žen a mužů, a to z pohledu maskulinity a feminity.¹⁹ V odborné literatuře se hovoří o tzv. terciálních pohlavních znacích – souboru vlastností, které vyplývají ze sociálního očekávání lidí té které společnosti a vycházejí z představy typicky mužské či ženské sociální role. Tyto vlastnosti nejsou vázány na biologické pohlaví jejich nositele, a proto můžeme zaznamenat případy zvýšené feminity u mužů a zvýrazněné maskulinity u žen.²⁰ V případě, že jedinec není vyhraněný, hovoříme o androgynii. Ta se jeví z hlediska odolnosti nejvhodněji, neboť její nositel vykazuje maskulinní i femininní charakteristiky a obzvláště v situacích, které vyžadují pohotovou reakci a pružné přizpůsobení, je schopen díky své menší závislosti na roli úspěšněji zvládnout zátěž. Naopak, jak uvádí K. Paulík (2010), nejméně vhodná se jeví zvýšená feminita příznačná senzitivitou, náchylností k psychickému vyčerpání, zvýšenou úzkostností a obavami. U femininních jedinců pozitivně ovlivňuje zvládání zátěže srozumitelnost, přívětivost a u žen extraverte. Maskulinita umožňuje zvládání zátěže díky neuropsychické stabilitě, optimismu a zvýšené

¹⁶ Přesvědčení, že svět je racionální, předvídatelný, jsme schopni v něm dosahovat vytčených cílů, ovlivňovat, utvářet a zvládat své role a že toto vše je smyslné (podrobně Kebza, 2005, s. 96-99).

¹⁷ Srovnej Paulík, 2010; Krivohlavý 2009.

¹⁸ Vztahem psychiky a imunitního systému se zabývá vědní disciplína psychoneuroimunologie.

¹⁹ Z pohledu biologického pohlaví je toto téma stručně pojednáno v oddíle 2.6.2.

²⁰ Např. je-li muž přecitlivělý, snadno zranitelný, žena pak např. agresivní, obhroublá.

úrovni SOC (viz výše). U žen se zvýšenou maskulinitou se projeví jako výhoda zvýšené hodnoty extraverte a svědomitosti. Maskulinní reakce na stres je typická vysokou odolností vůči akutnímu stresu, ale nižší odolností vůči stresu dlouhodobému. Vůči němu se odolnější jeví ženy, a to díky sklonu k přátelským a podpůrným projevům a k vyhledávání sociální opory.²¹

Dle právě popsaných zjištění je jasné, které charakteristiky jsou z hlediska odolnosti pro osobnost učitele výhodné a které méně. Nicméně „celková“ odolnost bývá kombinací všech proměnných a je tedy podstatné, jakých hodnot člověk dosahuje v jednotlivých oblastech. Čím vyšší odolnost, tím lepší zdravotní stav, čím zdravější jedinec, tím snazší zvládnutí zátěže. Neboť provázanost odolnosti a zdraví je zřejmá.

1.3 Přístup člověka ke zdraví a nemoci

Od poloviny 20. století byly zkoumány přístupy člověka ke zdraví, zejména lidské chování při vzniku a rozvoji nemoci („illness behavior“) a chování preventivního charakteru, které má předejít vzniku nemoci („health behavior“) (Kebza, 2005). Ukázalo se, že vnímání zdravotního stavu a postoj k němu může být ovlivněn druhem osobnosti (bylo formulováno chování typu A, B, C, D). Byly vytvořeny koncepce rizikového chování, které vedou k nežádoucím změnám fyziologickým i biochemickým²². Začaly se vyvíjet snahy o hlubší porozumění tomu, jak člověk vnímá vlastní zdraví a jaká stanoviska zaujímá k léčebným postupům – jak se do pohledu na zdraví a nemoc promítá individualita pacienta – jaké je pacientovo *subjektivní* pojetí zdraví a nemoci (Mareš, 2006).

Způsob, jakým člověk vnímá své zdraví a nemoc, se mění v čase²³. Každý jedinec navíc k prevenci a léčení nemoci zaujímá individuální postoj v závislosti na tom, jak „vidí“ zdraví, nemoc a celý kontext, v němž probíhají preventivní i léčebné úkony. (ibid.) „(...)

²¹ Celé téma podrobně viz Paulík, 2010, s. 119-126.

²² Např. akutní stres může vést k potlačení činnosti imunitního systému.

²³ V závislosti na lidském zrání, na životních zkušenostech; vliv na hodnocení zdraví/nemoci (i zátěže) mají názory členů komunity, v níž se člověk pohybuje (např. rodina, kolektiv pedagogů MŠ) i hodnocení odborníků (zdravotníků) (Mareš, 2006). Jak uvádí I. Šolcová a V. Kebza (2006), lidé navíc při posuzování svého zdraví používají srovnání s osobami stejného věku.

člověk posuzuje své zdraví jako celkovou zkušenost. (...) Při posuzování svého zdraví lidé neposuzují jen fyzický stav, ale zahrnují do posouzení emoční, sociální a spirituální osobní pohodu.“ (Šolcová, Kebza, 2006, s. 3)

Mezi faktory, které mají vliv na subjektivní hodnocení zdraví, patří vedle kulturního prostředí, socioekonomického statusu, sociální začleněnosti a spokojenosti s životními podmínkami i mezipohlavní rozdíly, podle nichž „ženy posuzují svůj zdravotní stav jako mírně horší než muži, uvádějí více zdravotních stesků (a) více navštěvují lékaře.“ (ibid., s. 5).

Poznávání subjektivního pojetí nemoci je cenné pro pochopení odlišných způsobů, jimiž lidé přistupují k nemoci. Umožňuje ovlivnit přístup člověka k nemoci (intervence) a usnadňuje zvládání nemoci²⁴. Proto je zajímavé porozumět tomu, co je pro naše subjektivní pojetí zdraví a nemoci typické a jaké jsou možnosti změny tohoto přístupu směrem k dosažení co nejvyšší kvality života (Mareš, 2006).

1.4 Zdraví u obecné populace

Zdravotní stav obyvatelstva zjišťuje široké spektrum specificky zaměřených zdravotnických informačních systémů a registrů. Rezortní údaje zachycují národní registry a Program statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví, mimorezortní zdroje údajů eviduje Česká správa sociálního zabezpečení, Český statistický úřad (hlášené případy pracovní neschopnosti) a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR vydává Zdravotní ročenku České republiky dostupnou na webových stránkách (ÚZIS ČR, 2009), Státní zdravotní ústav realizuje rozličné programy a šetření zkoumající zdraví populace vzhledem k určitým faktorům, které zdraví ovlivňují (Monitoring zdraví a životního prostředí, CINDI program²⁵, Studie HELEN²⁶). Kromě

²⁴ Úspěšnost léčby předpokládá: rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc, porozumět závažnosti onemocnění, dbát léčebných pokynů, léčit se.

²⁵ Resp. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme, který byl založen v roce 1983 Světovou zdravotnickou organizací na základě aktuální potřeby široké intervence ke snížení důsledků a zabránění šíření epidemie neinfekčních onemocnění.

těchto údajů jsou k dispozici data na webových stránkách Demografického informačního portálu²⁷.

Pro účely této práce budeme považovat za relevantní ta dostupná data, která se vyjadřují k obecným tendencím zdravotního chování populace, pracovní neschopnosti, specificky pak k nemocnosti žen.

Ve vývoji zdravotního stavu obyvatel v roce 2010 nebyly zaznamenány žádné výraznější nepříznivé výkyvy. Výskyt tzv. civilizačních chorob pokračoval dle dlouhodobého rostoucího trendu. Počet zemřelých činil 106,8 tisíce osob, v porovnání s rokem 2009 klesl o 0,6 tisíce. Polovina úmrtí byla v důsledku nemocí oběhové soustavy (53,6 tisíce zemřelých), novotvary způsobily 26,4 % úmrtí (28,2 tisíce zemřelých) a nemoci dýchací soustavy byly příčinou 5,8 % úmrtí (6,2 tisíce zemřelých). Vnější příčiny (poranění a otravy), do roku 2008 dlouhodobě třetí nejčastější příčina, se na celkové mortalitě podílely 5,6 % (6,0 tisíce úmrtí).

Střední délka života při narození vzrostla u mužů o 0,2 roku na 74,4 let a u žen se, po dvou letech stagnace, zvýšila o 0,5 roku na 80,6 let.

Z hlediska onkologických onemocnění bylo v roce 2008 nově hlášeno celkem 77,5 tisíce případů zhoubných novotvarů (dále jen ZN), z toho 38,2 tisíce u žen. Meziročně vzrostl počet nově hlášených ZN v absolutním počtu u žen o 1,5 %. Nejčastějším onkologickým onemocněním u žen je ZN prsu, který v roce 2008 představoval téměř 17 % všech hlášených ZN u žen (120,7 případu na 100 žen) a proti roku 2007, kdy byl zaznamenán historicky nejvyšší výskyt, zaznamenal mírný pokles.

Je však třeba zdůraznit fakt, že zatímco úmrtnost na choroby oběhové soustavy a zhoubné novotvary (měřeno měrami standardizované úmrtnosti) klesá, zjištěné případy (incidence) všech zhoubných novotvarů mají trend dlouhodobě rostoucí. Incidence infekčních nemocí má většinou dlouhodobě klesající trend (plané neštovice, střevní infekce vč. salmonelózových). Některé infekce jsou však typické značnými meziročními výkyvy,

²⁶ Health, Life Style and Environment - dotazník je zaměřen na zdravotní stav (osobní a rodinnou anamnézu), na sociální a ekonomické podmínky, na rizikové faktory vzniku chronických neinfekčních onemocnění, související se životním stylem a výživou, a na psychosociální faktory (spokojenost se životem apod.).

²⁷ www.demografie.info

např. u virové klíšťové encefalitidy nebo hepatitidy typu A (jednoznačný trend poklesu byl v roce 2008 přerušen výrazným nárůstem, v roce 2009 se obnovil pokles) (Internet 3).

Nejrozšířenějším infekčním onemocněním byly tradičně plané neštovice, které tvořily téměř 2/5 celkového počtu infekčních onemocnění. Následovaly střevní infekční nemoci.

Dlouhodobě klesá výskyt tuberkulózy, která je i tak častější u mužů (8,5 případu na 100 tisíc mužů) než u žen (4,5 případu na 100 tisíc žen). Převažující formou onemocnění je TBC plic.

Výskyt diabetu si zachoval rostoucí trend. Ke konci roku bylo evidováno 806,2 tisíce léčených diabetiků (tj. 7 654,5 na 100 tisíc obyvatel). Dále pokračoval trend snižujícího se podílu léčených pouze dietou ve prospěch ostatních druhů léčby.

Počet nově hlášených případů nemocí z povolání (NzP) se oproti roku 2009 nepatrně snížil o 9 na 1 236 případů, což je 28,7 případu na 100 tisíc pojištěnců. Nejčastějšími byly opět NzP způsobené fyzikálními faktory (53 % nově hlášených NzP), následovaly NzP týkající se dýchacího ústrojí (20 %). Ohrožení nemocí z povolání bylo hlášeno 56 případů.

Změny v nemocenském pojištění ovlivnily vývoj pracovní neschopnosti (dále PN) i v roce 2010. Počet hlášených případů PN na 100 nemocensky pojištěných se snížil z 33,89 na 30,73. Průměrné procento PN kleslo na historicky nejnižší hodnotu od počátku 60. let, na 3,763. Průměrná délka trvání 1 případu PN se, po výrazném zvýšení v předchozích 2 letech, snížila o 0,37 dne na 44,69 dne. Pořadí nejčtenějších příčin PN zůstává beze změny, tj. nemoci dýchací soustavy, nemoci svalové a kosterní soustavy, poranění a otravy (ÚZIS ČR, 2011).

Průměrné procento pracovní neschopnosti se začalo snižovat v roce 2004 (s výjimkou roku 2005) a nejnižší úroveň dosáhlo v roce 2010. Znamenalo to, že jestliže ještě v roce 2005 bylo v průměru každý den více než 6 osob ze 100 pojištěnců práce neschopných, v roce 2010 to bylo mírně nad 3,5 osoby. K poklesu došlo především z důvodů snížené nemocnosti a jen zčásti pro pracovní a ostatní úrazy.

S poklesem počtu případů PN se prodloužila průměrná doba trvání 1 případu PN. Je to způsobeno výrazným úbytkem počtu méně závažných krátkodobých onemocnění, zejména horních cest dýchacích. Lidé z důvodu nízké úhrady nemocenského čerpají raději dovolenou nebo nemoc přecházejí. Následkem může být propuknutí závažnější choroby či nakažení jiných osob na pracovišti nebo na cestě mezi bydlištěm a pracovištěm (Internet 4).

Znát zdravotní stav obyvatelstva je cenné pro utvoření představy, jaký „zdravotní profil“ je vlastní české populaci, jaká jsou zdravotní rizika pro určité skupiny lidí a čemu by se měla v rámci poznanych dat věnovat pozornost – na co by se měla zaměřit zdravotní politika, resp. zdravotní prevence. Vyhodnocení statistických údajů umožňuje sledovat jednotlivé jevy dlouhodobě a porovnat je v rámci krajů České republiky.

Při vyhodnocování výzkumu jsou data o zdraví obecné populace hodnotná kvůli srovnání, neboť je možné posoudit, které jevy jsou běžné a které naopak specifické pro zvolenou skupinu učitelů mateřských škol.

1.5 Vymezení životního stylu, který zdraví podporuje

Jak se v praxi ukázalo, jedna věc je znát optimální cíl, jehož chceme dosáhnout, druhý krok však vyžaduje odhodlání podstoupit překonání překážek, které stojí mezi naším záměrem a ideálem, k němuž směřujeme. Ve změně lidského chování směrem k podpoře zdraví to znamená odnaučení nežádoucích a naučení žádoucích prvků v postojích a jednání. Tyto procesy jsou v praxi komplikované množstvím interferujících okolností – „*tendencí setrvávat v určité stereotypii životního stylu, nechutí měnit zakořeněné zvyklosti*“ (Kebza, 2008, s. 24) atd. Zažité vzorce chování není jednoduché změnit. Jedinec musí chápat důvody vedoucí k nutnosti změny, musí být srozuměn s podmínkami realizace těchto změn, musí mít dovednosti, jež mu umožní nastolit změnu, musí být vnitřně přesvědčen, že se změna podaří, a věřit v kladný přínos kýžené změny (Kebza, 2005).

Změna zdraví poškozujícího chování učitelů je žádoucí zejména proto, že učitel mateřské školy je pro dítě socializačním vzorem. Učitel má představovat to, co se žádá od dítěte. Měl by proto být svým jednáním hoden následování, měl by být předkladatelem

„trvalé hodnoty“, tedy typem osobnosti bez rozporných postojů a chování (Helus, 2001). S tímto tvrzením nelze než souhlasit. Z četby odborné literatury i ze zkušenosti víme, že učení nápodobou je nástroj socializace. Dítěti pomáhá vrůstat do společnosti (Bedrnová a kol., 2009), do světa, ať už se odehrává prvotně v rodině, nebo druhotně ve vzdělávacích institucích. Dítě díky přítomnému vzoru postupně poznává a osvojuje si různé vzorce chování, a to jak ty žádoucí, tak i ty méně vhodné. Jak tedy poznat, které chování přispívá k ochraně zdraví? Co charakterizuje životní styl, který podporuje zdraví? Abychom podporu zdraví definovali z hlediska jejího využití v praxi, podívejme se na ni ze dvou stran – z pohledu osobnostních kvalit člověka podporujícího zdraví a z hlediska oblastí, v nichž se podpora zdraví uskutečňuje.

1.5.1 Kompetence učitele podporujícího zdraví

Vést plnohodnotný život umožňují člověku podporujícímu zdraví *specifické klíčové kompetence*. Jejich dosažením nabývá jedinec konkrétních znalostí o podpoře zdraví a osvojuje si dovednosti a postoje potřebné k překonání vnitřních i vnějších problémů a překážek, s nimiž se setkává v rodině, v práci, mezi přáteli, nebo na veřejnosti. Tyto kompetence současně člověka vedou při ochraně před zdravotními riziky. Jejich zvnitřnění dává jedinci schopnost rozpoznat ohrožující situace, nepříznivé události a nebezpečné projevy v lidském chování.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (2004; dále RVP PV) předškolního pedagoga „nestandardizuje“ z hlediska toho, jaký by měl být. Učitelova osobnost v dokumentu zastupuje institucionální předškolní vzdělávání. Pedagog je realizátorem úkolů předškolního vzdělávání, je garantem úspěšného vzdělávání. Analýza předškolní výchovy a požadavků na její realizaci tvoří základ, z něhož se nepřímou vyvozuje, jaký by měl učitel být a co by měl umět.²⁸ Pokud je v RVP PV řešeno učitelovo zdraví, hovoří se o rizicích, která mohou ohrozit úspěch vzdělávacích záměrů. Mezi ně jsou řazeny „*nevhodné vzory chování dospělých v prostředí mateřské školy*“ (ibid., s. 16);

²⁸ V tomto smyslu hovoří o práci učitele Pařízek (1996), když pojednává o podmínkách úspěšné práce učitele (s. 63).

„nedostatek pozitivních příkladů a vzorů prosociálního chování (...); nedostatečně psychosociálně 'bezpečné' prostředí, neautentické, s nedostatkem porozumění a tolerance; nedostatek empatie (...); autoritativní vedení; nedůstojné jednání, zesměšňování, ponižování (ibid., s. 23) a nevhodný mravní vzor (ibid, s. 25). Nenacházíme zde však přímo konkrétní požadavky na kompetence učitele, a to tedy ani vzhledem ke zdraví.

Klíčové kompetence podpory zdraví dospělého člověka, které jsou známy a užívány v českém prostředí, vycházejí z programů podpory zdraví zemí, jakými jsou např. Skotsko nebo Rhode Island, kde jsou kompetence člověka podporujícího zdraví nedílnou součástí národních kurikulů (Havlíková, Vencálová eds., 2008). Pro konkrétní představu jmenujme sedm kompetencí formulovaných v obecné podobě, které jsou konkrétně rozpracovány v *Kurikulu podpory zdraví v mateřské škole* :

„Dospělý člověk podporující zdraví (...):

- 1. Rozumí holistickému pojetí zdraví, pojmům podpory zdraví a prevenci nemocí.*
- 2. Uvědomuje si, že zdraví je prioritní hodnotou.*
- 3. Dovede řešit problémy a řeší je.*
- 4. Má vyvinutou odpovědnost za vlastní chování a způsob života.*
- 5. Posiluje duševní odolnost.*
- 6. Ovládá dovednosti komunikace a spolupráce.*
- 7. Aktivně se spolupodílí na tvorbě podmínek a prostředí pro zdraví všech. “*

(ibid., s.93-94)

Zásadní je rozpracování každé kompetence do odpovídajících projevů – uvedení, jaké chování je v rámci které kompetence člověku vlastní. Dodejme, že proces osvojování kompetencí úzce souvisí s pojetím zdraví, které spojuje přístup *holistický* a *interakční*. *Holistické pojetí zdraví* je založeno na představě, že „zdraví vychází z celistvé struktury lidské bytosti (organismu, psychiky, osobnosti) a jeho prostředí (blízkého i vzdáleného, společenského i přírodního).“ (ibid., s. 19) *Interakční přístup* vychází ze vztahů a vzájemného působení jedince a prostředí, a proto je v něm rozlišována úroveň *biologická*, *psychologická*, *interpersonální* a *sociálně kulturní*, které byly později doplněny o úroveň *environmentální*. Smyslem holisticko-interakčního pojetí zdraví je chápat propojenosti

složek zdraví v rovině *individuální, komunitní a institucionální, globální* – takový člověk si je vědom souvislostí mezi zdravím jednotlivých složek jeho bytosti, mírou „zdravosti“ prostředí, kde žije a pracuje (komunita, instituce) a mezi zdravím celosvětovým (ve smyslu společenském i přírodním). (ibid.)

Z tohoto pojetí zdraví vychází i schopnost člověka (v našem případě předškolního pedagoga) charakterizovat a (spolu)vytvářet vnější podmínky a prostředí umožňující účinnou podporu zdraví. Holistické pojetí zdraví a interakční přístup rovněž dávají člověku schopnost vnímat oblasti, v nichž k podpoře zdraví dochází. Ty lze odvodit z přirozených úrovní, na nichž probíhají životní projevy člověka ve zdraví a nemoci. Na oblast *biologickou, psychologickou, interpersonální, sociálně-kulturní a environmentální*. (ibid.)

Klíčové kompetence člověka podporujícího zdraví úzce souvisí:

1. s obecně formulovanými profesními kompetencemi učitele²⁹ – všemi dovednostmi a dispozicemi profesními, jejichž osvojením a užíváním pedagog dosahuje efektivního výkonu svého povolání (Průcha, Walterová, Mareš, 2001);
2. s osobnostními charakteristikami učitele – jeho motivací, talentem a kognitivní vybaveností pro výkon povolání (Průcha, 1997).

Standardy českého učitele jsou v odborné literatuře široce definované. Jejich výčet není z hlediska předškolního vzdělávání konkrétní a nelze jednoduše ověřit, ani prokázat, zda předpoklady pro výkon učitelského povolání skutečně vedou k jeho efektivnímu vykonávání (Průcha, 2002). Proto bude téma profesního standardu pojednáno okrajově v podkapitole 2.7.

1.5.2 Konkrétní podoba podpory zdraví v jednotlivých dílčích oblastech

Má-li být podpora zdraví komplexní, měla by se uskutečňovat na všech úrovních, tedy jako podpora fyzického, psychického a sociálního zdraví. Ve skutečnosti to znamená,

²⁹ Jak uvádí J. Průcha (1997), dřívější termín pro *profesní kompetence učitele* byl u nás *pedagogická způsobilost* (s. 215).

že u učitele, který žije zdravým životním stylem, budou v jednotlivých oblastech pozorovatelné následující projevy:

v biologické oblasti

- dostatek aktivního pohybu,
- správná výživa a životospráva,
- vyhnutí se rizikovým aktivitám a chování (užívání legálních i nelegálních drog) a
- dodržování osobní hygieny;

v psychologické oblasti

- dodržování zásad duševní hygieny,
- snižování ohrožení psychickou zátěží a
- dosažení stavu psychické pohody (well-being);

v oblasti interpersonální

- pohoda v mezilidských vztazích;

v oblasti sociálně-kulturní

- odpovědné chování v nejrůznějších životních situacích,
- respekt k lidské individualitě;
- tolerance k odlišnosti;

v environmentální oblasti

- odolnost vůči škodlivým vlivům,
- ochrana před úrazy a nemocemi, které přicházejí z vnějšího prostředí.

Pokud bychom chtěli stručněji vystihnout vyvážený životní styl, můžeme říct, že pro tento styl je charakteristická *snaha člověka dosáhnout stavu homeostázy (funkční rovnováhy) a úsilí jednat dle vlastního vnitřně zakotveného hodnotového systému, jenž zaručuje správné vyhodnocování životních situací směrem k ochraně a podpoře zdraví.*

1.6 Zdraví učitelů mateřských škol

Empirická část diplomové práce vyžaduje určení teoretických východisek k problematice zdraví učitelů mateřských škol. Zpracování tohoto tématu najdeme v inovativním vzdělávacím programu Mateřská škola podporující zdraví (dále MŠPZ). V neformálním kurikulu tohoto programu je „*Učitelka podporující zdraví*“ první z dvanácti zásad, které tvoří podmínky pro realizaci formálního kurikula. Program MŠPZ „*spoléhá na učitelku, která je hlavním a integrujícím činitelem v MŠ. Na jejích profesních a osobních kvalitách závisí úspěšnost vzdělávacích cílů kurikula podpory zdraví. Děti ji často a v mnohém napodobují, a tím se také učí.*“ (Havlínová, Vencálková a kol., 2008, s. 39).³⁰

Takto obecně formulovaná zásada je v programu rozpracována do podoby konkrétních požadavků kladených na učitelku. Míra skutečného naplňování podpory zdraví je vyhodnocována pomocí evaluačního nástroje, který je sestaven z indikátorů. Indikátory konkrétně popisují žádoucí stav.³¹

Jak tedy vypadá přístup podpory zdraví v mateřské škole v podobě, jak ji reprezentuje učitel?

- „*Svým chováním podporuje zdraví své, jiných lidí a celých komunit. Vyrovnaností své osobnosti pozitivně působí na své okolí.*
- *(Jeho) přístup ke světu, přírodě, společnosti, člověku a jeho zdraví, i k sobě je odpovědný.*
- *Chápe zdraví jako celek vzájemně propojených součástí – zdraví biologického, psychického, společenského, sociálního a environmentálního.*“ (ibid., s. 40)

Následující popis doplňuje předchozí vymezení a předkládá odpovídající doporučení *jak, jakým způsobem* má pedagog změnit své chování směrem k podpoře zdraví. Aby bylo chráněno především jeho zdraví, nevyjímaje dobu výkonu učitelského povolání. Učitelka, která se rozhodne soustavně podporovat zdraví, by měla:

³⁰ Fakt, že je učitelka vzorem pro děti zde podporuje již zmíněný názor Z. Heluse.

³¹ Evaluační nástroj programu ŠPZ se nazývá INDI MŠ a slouží k autoevaluaci mateřským školám, které jsou zařazeny do sítě programu Škola podporující zdraví (Havlínová, Vencálková a kol., 2008, s. 188).

- „*ujasnit si přístup ke zdraví a k životnímu stylu;*
- *vyhodnotit vztah ke svému vlastnímu zdraví a nalézt vlastní životní styl podporující zdraví;*
- *uvědomovat si, že zdravým životním stylem a chováním podporujícím zdraví druhých působí jako vzor nejen pro děti, ale i pro rodiče,*
- *přijmout nový postoj k vlastní práci a roli učitelky ve třídě; není už středem všeho dění, avšak ani pouhým dozorem, děti neponechává jim samotným, ale je s nimi a mezi nimi a svými odbornými přístupy a metodami usnadňuje dětem dělat to, co dělat chtějí, je facilitátorem jejich učení.“ (ibid., s. 40)*

Mohlo by se zdát, že nároky na učitelku v MŠPZ jsou vysoké, ale přijetí filozofie podpory zdraví v předškolním vzdělávání má své přednosti. Když jim porozumíme, budeme schopni vidět převahu výhod nad obtížemi. Samozřejmě, přechod k podpoře zdraví není nikdy věcí dní, ani týdnů, postoje ke zdraví se formují postupně. Zpřesňuje se jejich „zacílení“ (kterým směrem učitel zdokonaluje svůj přístup ke zdraví) a promítá se do nich pedagogova individualita (hodnotový systém, profesní priority atd.). Pokud jsou učitelé vlastní specifické klíčové kompetence popsané v oddíle 1.5.1, zvládá přijetí požadavků podpory zdraví snáze lidsky i profesně.

2. Vliv výkonu povolání na lidské zdraví

Předpokládá se, že během pracovního výkonu jsou lidé často vystaveni faktorům, které se v běžném životě vyskytují v daleko menší míře nebo se nevyskytují vůbec. Některé vnější vlivy, vyplývající z pracovní činnosti mohou mít negativní dopad na zdraví. Proto se také v ČR věnuje čím dál větší pozornost analýze zdravotních rizik pracovního prostředí. Odhalení škodlivých vlivů na zdraví může vést ke včasnému nastolení možných opatření, která by omezila nebo vyloučila zjištěná nebezpečí (preventivní opatření) a tím se předešlo vzniku nemocí z povolání, pracovním úrazům či jiným poškozením zdraví.

2.1 Zdravotní rizika v pracovním prostředí a jejich řešení

Analýza rizik v pracovním prostředí předpokládá systematické sledování všech vlivů, které mohou mít dopad na zdraví pracovníků. V některých zemích Evropské unie je hodnocení rizika automatickou povinností zaměstnavatele (např. v Holandsku, ČR), v jiných zemích je tato povinnost podniků stanovena počtem zaměstnanců (např. Velká Británie od 5 výše). Hodnocena jsou všechna zdravotní nebezpečí. Kromě fyzické bezpečnosti jsou posuzována i rizika *psychická* a *sociální*, která mohou kazit pohodu zaměstnanců na pracovišti.

V České republice problematiku oblasti zdraví při práci zpracovává Závazná směrnice Rady ES 89/391/EEC. Tato směrnice uvádí pokyny pro praktické řešení tří hlavních problémů ochrany zdraví a bezpečnosti při práci: 1) *identifikaci nebezpečnosti a hodnocení rizika*, 2) *ochrannou a preventivní službu a konzultaci* a 3) *účast pracovníků na ochraně zdraví a bezpečnosti při práci*. (SZÚ, 2000) Zaměstnavatel má povinnost zajistit podmínky chránící zdraví zaměstnance. Zaměstnanec však musí se svým zaměstnavatelem spolupracovat a své zdraví chránit. Smyslem takového postupu je prevence pracovních rizik. Zaměstnanec má být informován o možných nepříznivých pracovních vlivech a způsobech ochrany proti nim. Bývá proto cvičen v ochraně zdraví a bezpečnosti při dané

práci. Zaměstnavatel zajišťuje prostředky pro zavádění nezbytných preventivních opatření (ibid.).

Hodnocení rizik není jednorázové, ani neměnné. Vhodnost a účinnost přijatých opatření proto bývá kontrolována a jsou „aktualizovány“ poznatky o podmínkách na pracovišti. Za tímto účelem byly vypracovány etapy posuzování a řízení rizika, které zachycují všechny kroky počínaje stanovením způsobu posuzování rizik, přes hodnocení míry zátěže (včetně určení ohrožených pracovníků a zjištění povahy a míry expozice), až po zhodnocení účinnosti přijatých opatření. Zásadní je respektovat specifické podmínky na pracovišti a vycházet z povahy činností, které pracovníci vykonávají.

Z hlediska práva se vymezením pracovních vztahů a podmínek pro výkon povolání podrobně zabývá zákoník práce (Internet19). Jeho V. část se věnuje bezpečnosti a ochraně zdraví při práci. Dle znění § 101 je „zaměstnavatel povinen zajistit bezpečnost a ochranu zdraví zaměstnanců při práci s ohledem na rizika možného ohrožení jejich života a zdraví, která se týkají výkonu práce“. § 102 zaměstnavateli ukládá povinnost „vytvářet bezpečné a zdraví neohrožující pracovní prostředí a pracovní podmínky vhodnou organizací bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a přijímáním opatření k předcházení rizikům“. Konkrétně to znamená přizpůsobit pracovní podmínky tak, aby odpovídaly potřebám zaměstnanců a omezilo se „působení negativních vlivů práce na jejich zdraví“ (ibid., 5c).

V mateřské škole za naplnění těchto požadavků odpovídá ředitel MŠ, resp. ředitelka. Zaměstnavateli zákoník ukládá „soustavně vyhledávat nebezpečné činitele a procesy pracovního prostředí a pracovních podmínek, zjišťovat jejich příčiny a zdroje. Na základě tohoto zjištění vyhledávat a hodnotit rizika a přijímat opatření k jejich odstranění...“ (ibid., 3).³²

K monitorování pracovních podmínek a exponovanosti člověka rizikovým faktorům práce slouží systém kategorizace prací, který byl zaveden jako systém v hygienické službě. V jeho rámci má zaměstnavatel povinnost zhodnotit rizika a zařadit práce vykonávané na pracovišti do jedné ze 4 kategorií, v závislosti na výskytu rizikových faktorů práce a na

³² Zákoník práce dále definuje oblasti bezpečnosti práce vzhledem ke zdraví v části IV. (Pracovní doba a doba odpočinku), části IX. (Dovolená) a X. (Péče o zaměstnance).

jejich závažnosti. Účelem kategorizace je získat objektivní a srovnatelné podklady pro určení rizikových prací, pro optimalizaci pracovních podmínek a pro racionální opatření k odstranění nedostatků v zabezpečení ochrany zdraví při práci.

Ke snadnějšímu hodnocení byla stanovena nejdůležitější hlediska, která popisují a charakterizují pracoviště. Celkový obraz o pracovním místě lze získat vyhodnocením otázek, které jsou rozděleny podle jednotlivých oblastí, k nimž se vztahují. Tyto oblasti se týkají pracovního prostoru, personálního obsazení, povahy práce a rysů charakterizujících její vykonávání (ibid.). Hodnocení podmínek na pracovišti a míry diskomfortu má za cíl odhalit ty skutečnosti a souvislosti, které mají na zdraví dominantní vliv. Pro jasnější představu si dále uvedme základní zjištěná data rizikových prací platná pro Českou republiku.

2.2 Rizikovost práce v České republice

V kategoriích rizikové práce bylo do dubna 2009 evidováno v ČR téměř půl milionu osob, do kategorie vysoce rizikové práce bylo zařazeno přes 18 tisíc osob. Byl zaznamenán nárůst počtu hlášených profesionálních onemocnění ve srovnání s rokem 2007, a to zejména u profesionálních onemocnění z přetěžování končetin, u nemocí kožních, přenosných a parazitárních. Na druhou stranu poklesly počty případů zhoubných nádorových onemocnění a alergických onemocnění dýchacích cest a plic. Jak studie uvádí, počty hlášených profesionálních onemocnění jsou však pravděpodobně stále podhodnoceny.

V roce 2008 bylo v ČR hlášeno u 1 115 pracovníků celkem 1 403 profesionálních onemocnění (636 případů u žen). Z toho bylo 1 327 nemocí z povolání a 76 ohrožení nemocí z povolání. V roce 2008 vzrostl ve srovnání s rokem 2007 nejen absolutní počet pracovníků postižených profesionálním onemocněním (nárůst o 53 případů, tj. o 5,0 %), ale také celkový počet profesionálních onemocnění (nárůst o 112 případů, tj. o 8,7 %) (SZÚ, 2008).

Rizikovost povolání typu horník, výškový pracovník, zaměstnanec pásové výroby či laboratorní chemik je na první pohled zřejmá. Učitelská profese však patří mezi ty profese, u nichž by nás vůbec nemusela napadnout souvislost s nepříznivými vlivy pramenícími z jejich výkonu. A přitom jsou učitelé rizikům vystaveni. V jakém smyslu a ve kterých ohledech mohou být ohroženi výkonem učitelské profese? Následující podkapitola rozebírá práci učitelů dle povahy tohoto povolání.

2.3 Analýza vnějších zdravotních rizik pracovního procesu v mateřské škole

Uspořádání a vybavení tříd mateřských škol vychází především z potřeb dětí, jejichž výškové parametry se zásadně liší od parametrů dospělého člověka. Přestože pedagog zpravidla mívá ve třídě vlastní stůl a židli, mnohdy toto vybavení nevyužívá, neboť je ve stálé interakci s dětmi a pohybuje se tedy v „jejich“ prostoru. *Pracovní poloha* pedagoga bývá často nefyziologická (učitel je v podřepu nebo se předklání) nebo pracovní dobu tráví vstoje. *Pracovní pohyby* učitele vyžadují fyzickou zdatnost. Neboť aktivity prováděné s dětmi (sportování, hry), příprava prostředí, v němž probíhá vzdělávání (manipulace s vybavením třídy), nebo dopomoc dětem mohou být z dlouhodobého hlediska a zvláště v pokročilejším věku velmi zatěžující. *Organizace práce* je věcí dohody mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem (např. co se týče režimu střídání ranní a odpolední směny). Ovšem rytmus, který je dán denním rytmem dětí, nemusí dospělému člověku plně vyhovovat. (Nemluvě o časté absenci přestávek, nutných pro naplnění primárních lidských potřeb učitele.)

Mateřská škola je ve většině případů zdrojem *hluku*. Jeho charakter je proměnný a impulsní, často ovlivňuje možnost porozumění při přímé komunikaci. Mateřská škola je rovněž pracovištěm se zvýšeným rizikem nákazy od dětí, které (vedle hluku) představuje *biologický faktor* ovlivňující zdraví pedagogů.

Srovnáme-li předešlou úvahu nad zdravotními riziky profese pedagogů s výsledky zjištěními Národním zdravotním registrem nemocí z povolání zjistíme, že nejvíce

zaměstnanců ve všech kategoriích práce je evidováno podle faktoru fyzické zátěže, hluku, pracovní polohy, nebo psychické zátěže (SZÚ, 2008). Když si navíc uvědomíme, že učitelé jsou v práci vystavováni i více než jednomu rizikovému faktoru, bude pro nás snadnější pochopit výpovědi učitelek, které si ve výzkumném šetření stěžovaly na některý z právě zmíněných vlivů.

Bylo by nad rámec této práce postihnout v celé šíři vnější příčiny, které mohou být pro pedagogy v učitelské profesi zdrojem zdravotních rizik. Viděli jsme však výše, že dle nezávisle stanovených kritérií vztažených na výkon profese učitele MŠ existují v některých oblastech takové objektivní okolnosti, jež bychom mohli označit za jednoznačně zdraví ohrožující. Lze souhlasit s představou, v níž každá mateřská škola poskytuje protektivní prostředí nejen dětem, ale také svým zaměstnancům. Ovšem tento ideál není snadné, možná ani možné, v praxi bezvýjimečně naplňovat (i když by to znamenalo zajištění optimální ochrany zdraví celé školní komunity). Pokud víme, že zdravotní rizika jsou v profesi učitele MŠ přítomna, je žádoucí promýšlet činnosti a plánovat provoz mateřské školy tak, aby bylo zdraví co nejvíce chráněno a podporováno ve všech jeho složkách. Je na místě předcházet vyhnutelnému poškození zdraví, nebo dokonce ohrožení nemocemi. Je vhodné účinně kompenzovat nepříznivé důsledky o nichž víme, že k výkonu profese patří.

Dále se zaměříme na osobnost učitele MŠ a požadavky, které jsou na něho kladeny z hlediska pracovní zátěže. Míra efektivnosti práce jedince je dána měrou a vztahem jeho subjektivních předpokladů a objektivních podmínek pro výkon práce (Bedrnová a kol., 1996).

2.4 Pracovní zátěž

Ve většině zaměstnání nacházíme pracovní podmínky a pracovní činnosti, které jsou (nebo mohou být) zdrojem pracovní zátěže.³³ Ta se v posledních letech zvyšuje úměrně rychle vzhledem ke vzrůstajícím požadavkům na pracovní výkon člověka. Intenzita práce,

³³ Zátěží jsou zde myšleny takové nároky, které jsou pro člověka zvladatelné a stimulující. Smyslem působení zátěže na lidský organismus má být zamezení stagnace jedince ve vývoji a podpora jeho konkurenceschopnosti (V. Kebza, 2005, s. 108).

vzrůstající pracovní nároky i potřeba adaptace na ně vyvolaly potřebu zkoumat faktory, které ovlivňují fyzickou, psychickou i sociální pohodu při práci. Požadavek na zachování zdraví pracujících a jejich produktivity vedly ke zkoumání pracovní zátěže v oblasti pracovních podmínek, mezilidských vztahů, organizace práce atd. Vznikly vědní disciplíny, které se těmito tématy začaly zabývat systematicky – psychologie práce (zaměřující se na výkonnost), hygiena práce (zaměřující se na zdraví) a další (B. Vašina, 1999; K. Paulík, 2010; E. Bedrnová a kol., 2009 aj.).

2.4.1 Pracovní zátěž učitelů MŠ

Jak uvádí autoři v odborné literatuře³⁴, učitelská profese je vnímána z hlediska pracovní zátěže jako nesnadná. Po psychické stránce jde o namáhavé povolání, které může mít negativní vliv na zdraví učitelů, neboť s sebou nese zvýšené riziko stresu. Zdraví pedagogů přitom není ohroženo pouze v psychické rovině. Profese učitele produkuje rovněž zátěž v oblasti fyzické a sociální. Celkově tak klade zvýšené nároky na „pracovní předpoklady“ pedagoga. Zátěž se přitom liší z hlediska míry výskytu, intenzity, délky trvání atd. a je velmi nesnadné souhrnně vystihnout její povahu vzhledem ke všem proměnným. Stejně jako v případě zdraví i v případě zátěže můžeme hovořit o vlivu vnějšího prostředí na její podobu a zejména o působení „vnitřního nastavení“ jedince na (ne)úspěšnost jejího zvládnutí. V profesi učitele mateřské školy lze nalézt obecné znaky neoptimální pracovní zátěže:³⁵

- špatné vztahy na pracovišti;
- nadměrné množství podnětů (intenzivní hluk) a jejich kvalita (nuda, monotonie);
- časový tlak;
- vnější kontrola snižující samostatnost rozhodování a možnost volby;
- vysoké nároky na výkon;

³⁴ B. Vašina a M. Valošková (1998); J. Průcha (2002); E. Bedrnová (2009); K. Paulík (2010) a další.

³⁵ Výběr ze shrnutí K. Paulíka (2010, s. 136).

- vysoká odpovědnost;
- pocit neadekvátního hodnocení práce, nedostatek sociální podpory, malá pravděpodobnost povýšení a osobního rozvoje;
- pocit nejistoty a obava ze ztráty zaměstnání.

Pro větší přehlednost rozebereme jednotlivá rizika pracovní zátěže učitelů mateřských škol podle oblastí, kde se mohou vyskytovat.

2.4.1.1 Zdroje fyzické zátěže

Mezi hlavní projevy fyzické zátěže učitelů mateřských škol patří zatížení pohybového aparátu a hlasivek.

- Zátěž pohybového aparátu – učitel tráví většinu pracovní doby ve stoje; často snižuje (nebo by měl snižovat) pracovní polohu na úroveň výšky dětí; pohybuje se v prostředí, které je přizpůsobeno dětským proporcím (výjimkou není sezení učitelů na výškově nevyhovujícím nábytku, mytí rukou v dětských umyvadlech atd.); pomáhá dětem v činnostech a sebeobsluze, což zahrnuje také jejich zvedání a nošení; manipuluje s vybavením MŠ (židle, lehátka).
- Hlasová zátěž je způsobena nepříznivými fyzickými podmínkami, mezi něž patří hluk – hlasivky učitelů bývají nadměrně namáhány až přetěžovány; učitelé nemají možnost dostatečně zregenerovat fonační aparát, protože je zátěž každodenní.

2.4.1.2 Zdroje psychické zátěže

Mezi faktory způsobující psychickou zátěž patří nejvíce stres spojený s výkonem povolání. V psychické rovině pak působí psychickou zátěž zejména neuspokojivé zaměstnanecké vztahy; problémy v kariéře a neustálá zodpovědnost za děti v MŠ.

- Nepříznivá pracovní atmosféra, nedostatky v organizační struktuře a klimatu (např. direktivní řízení, administrativní zátěž; strach z vnější kontroly; strach z možnosti zesměšnění atd.) mohou být zdrojem pracovní nepohody.

- Nedostatek perspektivy, pracovního postupu a profesního rozvoje může u učitelů MŠ vést k naučené bezmocnosti – ztrátě motivace a aktivity, kvůli neovlivnitelným okolnostem (viz Seligman in Kebza, 2005, s. 71), nebo dokonce k syndromu vyhoření (viz oddíl 2.5.2).
- Zodpovědnost za bezpečnost dětí, která je podmíněna trestní zodpovědností za svěřené děti bez ohledu na to, že pedagog není schopen zajistit 100% bezpečnost dětí, přičemž následky pochybení jsou pro jeho život zásadní.

2.4.1.3 Zdroje sociální zátěže

Nejčastější příčinou sociální zátěže bývá pro učitele MŠ neuspokojivá spolupráce s rodiči. Také nesoulad v pracovním kolektivu a problematický vztah s nadřízeným představují překážky ve výkonu profese. Dále pak nedostatečné společenské hodnocení práce, případně „pracovní deformace“ přenášena do osobního života.

- Důvodem nevyhovujícího kontaktu s rodiči bývá v některých případech nezúčastněný postoj rodičů (nechuť spolupracovat s MŠ), nebo jejich nekultivovanost (kritický až agresivní postoj vůči učitelům).
- Spolupráce v pedagogickém kolektivu a pracovní vztahy s nadřízeným představují riziko konfliktu rolí. Také nepřesná vymezení spoluúčasti na chodu MŠ mohou vést k pracovní frustraci a nespokojenosti. Vysoce femininní prostředí mateřských škol přináší nebezpečí skupinového konformismu.
- Zátěž může pedagogovi způsobovat nízké společenské ocenění vykonávané profese, či výše platu, kterou učitel považuje za neodpovídající.
- Přenos pracovních stereotypů a problémů do rodiny, nebo naopak vnášení rušivých vlivů z rodiny do prostředí školy může znamenat znevýhodnění a zátěž vzhledem k přijetí učitele komunitou mateřské školy.

Pracovní zátěž (*work load* , *work-related stress*) je spojena v rozdílné míře s každým pracovním místem. Ve spojení s výkonem povolání tvoří nedílnou součást celkové životní zátěže (K. Paulík, 2010). Na rozdíl od životní zátěže však bývá „vyhnutelnou“.

Neuspokojující, nebo nadměrně zatěžující práci může člověk opustit (B. Vašina, 1999). Neschopnost účinně se adaptovat na pracovní nároky bývá signálem pro změnu práce. Zvládnutí pracovních nároků signalizuje *pracovní kapacita* (K. Paulík, 2010, s. 136). Její snížení upozorňuje na neúměrnou námahu pracovní situace a neúnosnou únavu. Pro lidský organismus to znamená, že obtížnost práce převýšila jeho možnosti. Pokud se k tomuto stavu přidá nedostatek času pro obnovu pracovní energie, může dojít k nežádoucímu ohrožení zdraví. Ignorování rizik spojených s výkonem zaměstnání pak může mít za následek vznik zdravotních problémů. Nebo v horším případě, při kombinaci vysoké a dlouhodobé zátěže, propuknutí chorob z povolání.

2.5 Zdravotní rizika spojená s výkonem učitelské profese v MŠ

Nadměrná zátěž, jejíž intenzita či délka trvání překročí pro jedince zvladatelnou mez, může vyústit ve stresogenní situaci. Každodenní vykonávání profese v mateřské škole nebývá pro učitele snadné. Pracovní zátěž může přerůst v pracovní stres, nebo syndrom vyhoření, z nichž vyplývají zdravotní důsledky.³⁶

2.5.1 Stres

„Stres vzniká, když se naše životní cíle již nekryjí s našimi potřebami.“

(Brockert, 1993, s. 10)

Rovněž učitelský stres vzniká tehdy, když požadavky kladené na učitele (pracovní cíle) nejsou v souladu s podmínkami pro výkon profese (nekryjí se s potřebami učitelů). Dochází ke vzniku stresogenních situací, které se svojí kvalitou neřadí mezi příjemné (eustresové), jednorázové a akutní, ty, které lze aktivně, s pozitivním závěrem a následným odpočinkem řešit (Kebza, 2005), ale spíše mezi nepříjemné (distresové), doprovázené patogenetickými fyziologickými změnami, jež jsou důsledkem selhání copingových

³⁶ Tématu stresu a syndromu vyhoření u učitelů se v českém odborném písemnictví věnují autoři z pohledu základní, střední a vysoké školy (viz např. K. Paulík, 1998a; B. Vašina, M. Valošková, 1998; příspěvky autorů v publikaci *Učitelé a zdraví* 3, 2001; Průcha, 2002 atd.).

mechanismů (Paulík, Internet 15). Pokud pracovní nároky přesahují pracovní kapacitu jedince, může nesnesitelná míra intenzity stresu ohrozit učitelovu pohodu, sebehodnocení a v důsledku přinést pracovní nespokojenost, emocionální vyčerpání, ztrátu zájmu o práci apod. (ibid., s. 122). Pro naše účely nebudeme téma stresu pojímat přehledově³⁷, zaměříme se spíše na dílčí jevy spojené s učitelským stresem. Zvláštní pozornost bude věnována dopadům stresu na zdravotní stav člověka.

Stres bývá někdy v odborné literatuře synonymem zátěže, nebo je popisován jako vystupňovaná zátěž. Většině definic stresu jsou společné následující parametry:

- moment vystavení organismu nepříznivým vlivům vnějšího i vnitřního prostředí a následné spuštění stresové reakce,
- „(...) *zatížení organismu, které překračuje možnosti, jimiž organismus disponuje k jeho zvládnutí; tím se dnes již obvykle nemyslí pouhé přizpůsobení (adaptace), ale aktivní vyrovnávání se zátěží (coping).*“ (SZÚ, 1999, s. 26)

Faktory, které nepříznivě působí na člověka, bývají označovány jako stresory. Ty mohou mít povahu fyzickou nebo emocionální³⁸ (Bedrnová, 2009) a jsou příčinou vzniku konkrétních příznaků stresu, které J. Křivohlavý (1994, s. 29-30) dělí do tří skupin. Na (A) *fyziologické*, (B) *emocionální* a (C) *behaviorální*.³⁹

E. Bedrnová (2009, s.75) uvádí situace, které mohou navozovat stres:

- *podmínky vnuceného tempa,*
- *neočekávané nebo nepříznivé změny,*
- *nejednoznačně a nejasně definované okolnosti,*
- *nadkapacitní zatěžování,*
- *dopad monotonie,*
- *různá očekávání,*
- *přílišná uspěchanost,*
- *osamocenost a opuštěnost,*
- *definitivnost některých skutečností.*

³⁷ Podrobně zpracované téma stresu podává např. V. Kebza (2005, s. 107-150).

³⁸ Fyzický stresor může být např. jed, emocionálním stresorem je např. úmrtí blízké osoby.

³⁹ Např. člověku rychleji a silně buší srdce (A), je úzkostný (B) a za den vykouří zvýšené množství cigaret (C).

Autorka dále pokračuje vysvětlením, že příčinou stresu je narušení souladu člověka s prostředím. Interakci nejčastěji narušují 1) problémoví jedinci, 2) specifické okolnosti nebo situace, 3) *exponované profese*.

Učitelská profese patří mezi ty, v nichž hraje významnou roli styk s lidmi. Je profesí přinášející zvýšené nároky na fyzické a především psychické předpoklady těch, kteří ji vykonávají. Pracovní nároky a předpoklady by měly být vzájemně sladěny, jinak hrozí riziko zvýšené zátěže u pedagogů i dětí, na něž se pedagogická činnost zaměřuje (ibid., s. 78).

Každá stresová situace a poté i stresová reakce má jinou intenzitu. Každá intenzita může být rozdílně vnímána. Právě proto, že se v případě stresu jedná o subjektivní prožitek, není možné s jistotou prokázat přímou souvislost tohoto prožitku se vznikem a rozvojem onemocnění. A to ani přesto, že se jedná v každém případě o rizikový faktor a jsou známá potenciální rizika působení stresu na zdraví člověka:

- „*důsledky pro duševní zdraví včetně aktuálního psychického stavu;*
- *důsledky pro rozvoj psychosomatických chorob;*
- *důsledky pro rozvoj somatických onemocnění;*
- *důsledky pro imunitu.*“ (SZÚ, 1999, s. 26)

J. Vinay (2007) označuje nepřiměřené stresové reakce za příčinu vzniku onemocnění spojených se stresem: „Dochází-li opakovaně ke spouštění stresové reakce, nebo nedaří-li se ji na konci stresové události vypnout, může být reakce stejně tak škodlivá jako některé stresory“ (s. 25). Autor nápravu hodnotí jako obtížnou, neboť ji ztěžují tři faktory:

1. příliš pomalé „vypínání“ stresové reakcí nebo nestejně rychlé „vypínání“ různých jejích komponent;
2. neobyčejně velká spotřeba energie, které je třeba k navrácení rovnováhy;
3. řešení jednoho problému s sebou nese riziko narušení rovnováhy na jiném místě (ibid.).

Stres ovlivňuje způsob, jakým vnímáme *bolest*. Tím, že tělo začne v jeho důsledku produkovat endogenní opioidy, vnímáme bolest jako nižší.

Z hlediska demografických ukazatelů působení stresu koreluje s věkem. Čím je člověk starší, tím hůře stres zvládá.

J. Vinay se dále věnuje některým fyziologickým a emocionálním změnám lidského zdraví, které dává do souvislosti se stresem. Objasňuje příčiny jejich vzniku, popisuje průběh onemocnění a důsledky projevující se na zdravotním stavu člověka. Jaké konkrétní zdravotní důsledky může stres mít?

2.5.1.1 Fyziologické změny způsobené stresem

Jak jsme konstatovali, na člověka působí nejrůznější stresory. Ty se liší dle četnosti a doby trvání. Stresový vzorec určuje intenzitu stresové reakce a intenzita a trvání stresové reakce určují míru funkčnosti imunitního systému.⁴⁰ Stupeň *fungování imunitního systému* odpovídá tomu, jakými chorobami onemocníme a jak se vyrovnáme s infekcemi, neboť stres ovlivňuje imunitní funkce. Dochází k tlumení imunitního systému⁴¹. „*Při konfrontaci s chronickým stresem je imunitní systém potlačen tak, že klesne pod úroveň před ním.*“ (ibid., s. 70) Tělo reaguje na dlouhotrvající stres utlumením imunitního systému, protože se brání energetickému vyčerpání. Ovšem z dlouhodobého hlediska se chronicky podněcovaný imunitní systém stává aktivnější, může se vymknout kontrole a způsobit autoimunitní onemocnění.

Bylo rovněž prokázáno, že na stres nepříznivě reaguje *oběhová soustava*. Při extrémním stresu se průtok krve srdcem až pětikrát zvýší oproti klidovému stavu, což má za následek snížení přísunu krve do nedůležitých částí těla, do žaludku, ledvin a kůže (pozorovatelné jako zblednutí). Takový stav může z dlouhodobého hlediska vést k hypertenzi, nebo k nemoci oběhového systému se zvýšeným rizikem mrtvice či infarktu.

⁴⁰ J. Vinay (2007) popisuje působení stresu a vznik zdravotních obtíží jako propojený a čitelný mechanismus. Např. raný chronický stres vede k produkci glukokortikoidů, jenž mají z dlouhodobého hlediska za následek poškození hipokampu. Poškozený hipokampus spustí ještě větší vylučování glukokortikoidů do krevního řečiště a poškození se dále prohlubuje (s.121).

⁴¹ Prvních 30 minut působení stresu vykazuje imunitní systém posílení, po hodině však nastupuje oslabení.

Stres ohrožuje rovněž *zažívací systém*. Vředová choroba ohrožuje zejména lidi úzkostné, depresivní nebo zažívající těžké životní stresory. Protože vředy vznikají v době, kdy se ze stresové situace vzpamatováváme, je z pohledu pravděpodobnosti vzniku vředů méně škodlivý jeden dlouho trvající stres, než opakované krátkodobé stresy⁴².

Stresové reakce se účastní nespočet hormonů. Některé z nich ovlivňují *reprodukcí*. Při probíhající stresové reakci je např. potlačena sekrece estrogenu, progesteronu a testosteronu. Zejména u žen může stres způsobit problémy s menstruačním cyklem nebo plodností.⁴³

J. Vinay (2007, s. 76) hovoří rovněž o vlivu stresu na vznik krčních infekcí. Tento poznatek je zajímavý vzhledem k nemocnosti pedagogů.

2.5.1.2 Emocionální změny způsobené stresem

J. Vinay (2007, s. 59) se domnívá, že „*potlačení emocí vede ke zjitření intenzity stresové reakce*“ a že temperament člověka a osobnostní typ ovlivňují pravděpodobnost propuknutí zdravotních problémů, podmíněných stresem.⁴⁴

Nejnámějším a také zřejmě nejčastějším důsledkem působení chronického stresu je syndrom vyhoření (viz níže podkapitola 2.5.2), který zahrnuje kromě symptomů fyzických a sociálních také soubor emocionálních změn v oblasti psychiky.

2.5.1.3 Dopad některých stresových situací na zdraví

Američtí badatelé v oboru práce J. R. French a R. D. Caplan dokázali, že *zodpovědnost za lidi* přináší obzvlášť vysoký stres. Ti, kteří mají zodpovědnost za druhé,

⁴² Příčinou 80% vředových onemocnění je infekce způsobená bakterií *Helicobacter pylori*. Tato bakterie se vyskytuje u 100% dnešní populace, ale onemocní jen někteří lidé, resp. ti, kteří jsou oslabeni, např. stresem.

⁴³ Potlačením tvorby progesteronu se narušuje zrání děložní sliznice, snižuje se pravděpodobnost ovulace a přirozené uchycení oplodněného vajíčka (viz Anovulace, Amenorea). Projevem stresu (opět zejména u žen) bývá hladovění. To má však za následek vzestup hladiny androgenních hormonů a narušení reprodukčního systému.

⁴⁴ Např. nepřátelské a úzkostné osoby jsou prý více ohroženy onemocněním srdce.

více kouří, mají zvýšený krevní tlak a zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi (Brockert, 1993, s. 63). Rovněž *nepravidelná pracovní doba* ovlivňuje lidské zdraví, neboť zasahuje do tělesných pochodů.

I *hluk* má negativní dopad na tělesné i duševní procesy. Aktivuje totiž tělo způsobem, který je typický pro začátek stresové reakce. Trvalý hluk, pobyt nebo práce v hlučném prostředí znamenají pro organismus trvalou aktivizaci. Následky dlouhodobé aktivizace organismu se mohou projevit v somatické rovině. „*Pracující na „neklidných“ pracovištích si častěji stěžují na bolesti v zádech, srdeční potíže nebo bolesti končetin a kloubů než hlukem nezatížení kolegové.*“ (ibid., s. 68)

Úplný výčet příznaků stresu cituje J. Křivohlavý (1994) z publikace Světové zdravotnické organizace (viz příloha 4).

2.5.2 Syndrom vyhoření

V organizovaných kolektivech, jejichž členové, náplň a způsob práce se dlouhodobě nemění, hrozí nebezpečí odtržení společenství od okolního světa a skutečnosti. Jedinci si ve skupině osvojují specifické vzorce myšlení, chování a jednání. Člověka pak mohou začít ohrožovat svojí jednotvárností a každodenní stejností. Stává se, že postupně mizí motivace, celkově klesá tvořivost, podnikavost a uspokojení z práce. Mnohdy se dostávají pocity vyhaslosti, neboli syndrom vyhoření (burnout syndrome) (Šolcová, Kebza, 2002)⁴⁵. Profese učitele mateřské školy patří mezi zaměstnání, která skrývají kvůli každodennímu kontaktu s lidmi (dětmi, rodiči) riziko vzniku syndromu vyhoření. Pokud učitel pociťuje po delší dobu psychické a emocionální nároky učitelství jako nadměrné, může taková situace vyústit ve vznik chronického stresu. Učitel ztrácí chuť do práce⁴⁶, ochladne jeho zájem o výkon zaměstnání, nastoupí apatie a únava. Přetěžování se dá na chvíli překonat, ale vyčerpávající

⁴⁵ Syndrom vyhoření zpracovali v naší literatuře J. Křivohlavý (2009), V. Kebza a I. Šolcová (2001, 2003), rovněž V. Kebza (2005), Bedrnová a kol. (2009), v zahraniční např. C. Maslach, W. Schaufeli, M. D. Rush a další.

⁴⁶ Což bývá nejčastěji způsobeno ztrátou motivace.

stav není možné dlouho vydržet. U jedinců s nízkou odolností proti stresu, sklony k emoční labilitě, nízkým sebehodnocením a sebevědomím může dojít k poškození kvality prožívání⁴⁷. Jedinec trpící syndromem vyhoření se cítí vysílený a objevuje se u něho řada symptomů v oblasti:

- psychické (vysoká psychická únava, kognitivní vyčerpání, ztráta kreativity);
- fyzické (celková únava, poruchy spánku, žaludeční problémy, potivost atd.);
- i sociální (touha vyhnout se lidem/profesi)⁴⁸.

Stav vyhoření je stavem frustrace, kdy očekávání zůstávají nenaplněna a nároky člověka převažují jeho schopnosti. S nástupem vyčerpání mizí vůle a vytrvalost pracovat. Místo pracovního nadšení lidem hrozí rezignace na osobní život či profesní kariéru (v horším případě obojí). V učitelské praxi bývají na učitele kladeny vysoké nároky, zvláště na kvalitu vzdělávání, pozornost, pohyblivost, odpovědnost. Pedagogové pak často mají pocit, že ve své pracovní činnosti nemohou být autonomní.

Pracovní stres, plynoucí z podstaty učitelské profese, lze třídit do několika kategorií podle toho, v jaké pracovní oblasti se vyskytují stresogenní problémy:

- „- *problémy související s rolemi, které jedinec zastává (konflikty rolí);*
- *nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost);*
- *organizace práce (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědností);*
- *profesní perspektiva (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace);*
- *fyzické prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce).*“ (Kebza, 2005)

V souvislosti se vznikem syndromu vyhoření byly vytipovány rizikové rysy osobnosti a nepříznivé okolnosti, jenž vedou k jeho vzniku. Vybíráme ty, které pozorujeme u učitelů mateřských škol. *Původně vysoká obětavost, zájem o druhé. Původně střední až*

⁴⁷ Projevuje se nízkým emočním prožitkem profese, snížením empatie, celkovým „oploštěním“ psychiky až cynismem.

⁴⁸ V. Kebza a I. Šolcová (2001) hovoří o 132 různých příznacích popsanych v souvislosti se syndromem vyhoření.

*vysoká senzitivita. Původně vysoký perfekcionismus, pedantství a odpovědnost. Externí lokalizace kontroly*⁴⁹. *Chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese*⁵⁰. Z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření jsou považovány za neutrální faktory inteligence, věk, stav, vzdělání a délka praxe v oboru.

Jelikož profese učitele MŠ je velmi feminizovanou, zmiňme hledisko intersexuální difference. Některé zdroje hovoří až o dvojnásobně vyšším výskytu vyhoření u žen, ale s jistotou se takový závěr nedá učinit, vzhledem k výzkumům provedeným na profesních skupinách, kde převažují ženy (lékařky, sestry, učitelky...) (ibid.).

Dá se syndromu vyhoření nějakým způsobem předcházet? Prevence burnout syndromu je v mnohém podobná prevenci stresu⁵¹. Člověk by si měl udržet profesionalitu, k níž patří i potřebný odstup od lidí, s nimiž v práci přichází do styku. Měl by být schopen oddělit pracovní život od osobního. Neměl by se bát změn, nýbrž aktivně přistupovat k životu. Jeho emoční angažovanost by měla být mírná, a práce by měla přinášet potěšení a zábavu. Velmi účinnou prevencí syndromu vyhoření je sociální opora – fungující síť sociálních vztahů. V každém případě se doporučuje „znát své meze“, aby člověk bezpečně poznal, co je na něho příliš.

2.6 Požadavky na osobnost učitele vzhledem k pracovní zátěži

V oddíle 1.5.1 byly popsány kompetence učitele podporujícího zdraví. Předmětem této podkapitoly bude vyložit, jak se nároky na pedagoga rozšiřují o požadavky vzhledem k pracovní zátěži. Tuto problematiku rovněž nenacházíme v Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání.

Rostoucí zájem o zdraví učitelů datuje J. Průcha (2002) do 80. let 20. stol., kdy se začala formovat představa učitele jako duševně zdravé osobnosti. Cituje práci K.

⁴⁹ Viz výše oddíl 1.2.3.

⁵⁰ Podrobně viz V. Kebza (2005, s. 144).

⁵¹ Viz níže oddíl 2.6.2.

Provazníka a kol., Hygiena školní práce, kde jsou vymezeny hlavní charakteristiky „duševně zdravé osobnosti učitele.“⁵²

„Učitel by

- *neměl být asociální, lhostejný či bezohledný k jiným lidem;*
- *neměl by podléhat úzkostným stavům;*
- *neměl by být posedlý jednotlivostmi, na nichž by chorobně ulpíval, ale měl by chápat lidi, věci a události v souvislostech;*
- *neměl by být podezřívavý, neměl by podléhat svým vnitřním impulsům, ale měl by se umět ovládat;*
- *neměl by se poddávat stresu nebo frustracím;*
- *neměl by budovat svůj životní styl jen jednostranně na profesionální aktivitě, ale na různých aktivitách, zájmech atd.“ (ibid., s. 64)*

Autoři výzkumu tyto zjištěné postuláty označují za „stěží realizovatelné“. Vyslovují následující požadavek: *„Má-li být osobnost učitele modelem duševního zdraví pro žáky, nestačí uplatňovat toto hledisko při výběru kandidátů učitelství. Důležité je dbát na to, aby tělesné a duševní zdraví vydrželo učitelům i s postupujícím výkonem učitelského povolání.“*

Tím se dostáváme k tématu zvládnání zátěže v průběhu celé profesní praxe, jako k prostředku zachování zejména tělesného a duševního zdraví pedagogů. Jaké požadavky jsou kladeny na osobnost učitele, který má být schopen zátěž zvládat? Výše uvedená charakteristika vymezuje učitele negativně, říká, jaký by pedagog neměl být a jakému typu chování by se měl vyhnout. Nenabízí však vhodné vodítko pro vytvoření představy optimálních vlastností pedagoga, jež by byly pro pracovní proces (a v našem případě zejména pro zvládnání nároků učitelské profese) potřebné. Pokusme se tedy charakterizovat žádoucí chování učitele a sestavit takový profil učitele mateřské školy, který by jednak

⁵² Výzkumy byly zaměřeny na učitele základních a středních škol. Viz poznámka 34 a dále např. K. Paulík (Internet 15); Z. Židková a J. Martinková (Internet 13) atd.

nabízel jeho žádoucí osobnostní i profesní rysy a zároveň jej vymezoval v rovině projevů chování, které podporuje zdraví vzhledem k pracovní zátěži.⁵³

2.6.1 Adaptace

Pojem adaptace představuje takové chování, díky němuž se organismus dokáže přizpůsobit životním podmínkám tak, aby přežil. Adaptabilita, neboli adaptační schopnost, umožňuje člověku vyrovnávat se s nároky prostředí. Hledat nové způsoby chování i přizpůsobovat staré mechanismy novým požadavkům a přitom udržovat vnitřní rovnovážný stav. Vnitřní rovnováha organismu se nazývá homeostáza⁵⁴. Psychická rovnováha specifická prožitkem vnitřní pohody byla pojmenována ekvilibrium. Aby se rovnovážný stav udržel, fungují v lidském organismu mechanismy, které dle potřeby zajišťují změny fyziologických funkcí – tělesné teploty, krevního tlaku, dechové a tepové frekvence. Tyto změny se uskutečňují v důsledku psychické regulace, která probíhá v rovině instinktivní, zvykové a volní. Všechny základní soustavy lidského organismu se na ní podílejí. Nejdůležitější funkci má nervová a hormonální soustava⁵⁵. S nimi je provázaný imunitní systém, tolik důležitý pro odolnost organismu (Paulík, 2010).

Pokud má být učitel připravený na zvládání zátěže v MŠ⁵⁶, měl by si být vědom toho, jak reaguje v situacích se zvýšenými nároky na adaptaci. Jaká je jeho pracovní kapacita – „*schopnost účinně se adaptovat na pracovní nároky*“ (Paulík, 2010, s. 136). Jak reaguje na běžné typy náročných situací. Na problémy, konflikty, strach, bolest, nemoc, různé krize. Zda má tendenci v případě nesnáží vyhledat pomoc (např. sociální oporu⁵⁷). Zda je schopen poznat nepřiměřenost (např. pracovních nároků) a zvolit vhodné mechanismy zvládání (viz dále oddíl 2.6.2). Jestli považuje za důležité náročnou situaci

⁵³ Odborná literatura se vyjadřuje k hledaným osobnostním rysům učitele ojediněle a takřka výlučně pojednává o výzkumech pedagoga ZŠ a SŠ. (Průcha, 1997; Havlík, 1998; Kyriacou, 2004; Mičák, 2005)

⁵⁴ Srovnej pojetí homeostázy u M. Havlíkové a E. Vencákové, eds. (2008, s. 21) resp. oddíl 1.2.1 a K. Paulíka (2010, s.115) resp. oddíl 1.2.3.

⁵⁵ Dále pak také dýchací, oběhová, kosterně-svalová, trávicí, reprodukční, vylučovací soustava.

⁵⁶ Viz subkapitola 2.7.

⁵⁷ Podrobněji viz oddíl 1.2.1 či V. Kebza (2005, s. 151-175).

řešit, či zda inklinuje k utíkání od problémů. Jaké vykazuje strategie zvládání životních těžkostí, mezi které patří i stres, jehož úspěšné zvládání by mělo být předpokladem pro výkon učitelské profese.

2.6.2 Coping - zvládání stresu

Zvládání stresu (coping⁵⁸) je v dnešní době zajímavým tématem. Zabývá se jím odborná i laická veřejnost ve snaze přijít na efektivní způsoby, jak čelit každodenní zátěži a stále se stupňujícím nárokům, které přináší západní společnost. Autoři, zabývající se zvládáním stresu⁵⁹ se shodují na tom, že pro nalezení účinných přístupů k vyloučení stresu je potřeba aktivní postoj a osvojení určitých technik, jež dokáží minimalizovat pravděpodobnost, že důsledky plynoucí z působení stresu budou mít negativní dopad na zdraví člověka.

Jaké postupy se uplatňují v pojetí zvládání stresu? Lze říci, že copingové strategie se dělí dle toho *na co* se zaměřují a *jaký přístup* nabízí. V prvním případě se metody orientují na předmět stresu (*problém*). V druhém případě je v centru pozornosti prožitek (*emoce* provázející stresovou situaci, které je třeba zvládnout). V. Kebza (2005, s. 121) uvádí rozlišení *aktivního řešení stresu* na přístup, jehož cílem je A) *zvládnutí*⁶⁰ B) *kontrola nad vývojem stresové situace* a C) *stress management*.

J. Křivohlavý (1994) velmi přehledně popisuje možnosti řešení distresových situací. Navrhuje provést změnu ve stavu věcí buď na straně zátěže nebo na straně zatíženého subjektu (jeho zdrojů sil a možností obrany). V prvním případě to znamená snížit zátěž (ubrat), dopřát si více času na úkor zátěže (vynechat něco, přijít později), přesunout zátěž (delegovat na druhé) nebo se o zátěž podělit (spolupracovat). V druhém případě lze posílit

⁵⁸ Etymologický původ slova *coping* je odvozován od řeckého kořene *colaphos*, kterým se rozumí v boxu přímý úder na ucho. Znamená tedy bojovat s někým, snažit se ho přemoci, zvládnout, zkrotit. Také v angličtině *coping* znamená umět si poradit a vypořádat se s mimořádně obtížnou a téměř nezvladatelnou situací (Křivohlavý, 1994, s. 42).

⁵⁹ Křivohlavý (1994), Kebza (2005), Bedrnová (2009), Paulík (2010) a mnoho dalších.

⁶⁰ R. S. Lazaru své pojetí popsal v práci *Psychological stress and coping process* z roku 1966 a jedinec se při zvládání soustředí na příčinu stresu, dále na aktivity směřující k posilování vlastní obranyschopnosti vůči příčině stresu, vyhýbání se příčině stresu a konečně stav apatie.

obranu, zlepšit dovednosti boje s neúnosnou zátěží, prověřit strategie zvládání, zlepšit informovanost (jaké jsou možnosti řešení?) a opustit neúčinná řešení zátěžových situací. Člověk by se měl rozhodnout, zda hodlá stresující stav akceptovat, nebo jestli je ochoten s nepříznivým stavem bojovat. Při výběru „vhodných“ strategií zvládání je pak dobré zvážit hledisko momentální efektivity či dlouhodobé perspektivní účinnosti – k jakému účelu volíme mechanismus zvládání. Zda potřebujeme zátěž okamžitě řešit, nebo se jí jednou pro vždy zbavit.

Zvládání stresu lidmi vypovídá o jejich individuálních přístupech, rozdílných motivech pro řešení nepříznivých situací a efektivitě postupů v boji se stresem. Chceme-li porozumět tomu, jaké techniky zvládání stresu uplatňujeme, měli bychom si všímat, jaký život vedeme. V případě, že shledáme svůj dosavadní přístup k nadměrné zátěži jako neadekvátní, měli bychom uvažovat o změně svého postoje ke stresovým situacím.⁶¹

S. Brockert (1993) uvádí 20 bodů, jejichž prozkoumáním člověk zjistí, zda je skutečně vystaven vnějšímu stresu, nebo zda si jej do velké míry způsobuje sám.⁶² Nalezneme zde následující doporučení: plánovat svůj čas, správně zorganizovat práci, dokázat přenechat práci ostatním, nevykonávat práci za ostatní (dokázat říct „ne“ a nenechat na sebe naválit přemíru práce a úkolů), najít si čas na naslouchání druhým, nenechat se vyrušovat při práci, stanovit si priority – věnovat se důležitým záležitostem, nechat stranou nedůležité, vyvarovat se únavy a dopřát si dostatek spánku, být efektivním, nikoli pouze výkonným⁶³. Autor rovněž cituje doporučení anglického lékaře Verona Colemana jak eliminovat stres na pracovišti (viz příloha č. 3). Některá jsou velmi podnětná a inspirativní (ibid., s. 97-98).

Příklad optimálního způsobu organizace lidského života a pracovního času nabízí E. Bedrnová (2009). Aktivní řešení stresu má ve výkladu této autorky podobu *stress managementu*⁶⁴ – uvádí příklady způsobů *sebeřízení* a *time managementu*. Mohli bychom

⁶¹ Zejména v případě, že jsme zvyklí řešit stres pomocí naprosto nevhodných postupů – alkohol, kofein, prášky a jiné drogy.

⁶² Srovnej SZU, 1994.

⁶³ „Být výkonným znamená dělat věci správně, naproti tomu být efektivní znamená dělat ty správné věci.“ (Brockert, 1993, s. 39)

⁶⁴ Srovnej Kebza, 2005, s. 121.

řící, že pokud chce člověk dosáhnout vytčených cílů, měl by znát způsob, jak si vytvořit účinné vnitřní mechanismy sebeřízení. Předpokladem je zdravé sebepojetí jedince, díky němuž je člověk schopen určovat své priority. Zvládnutý time management předpokládá dovednost vhodně zacházet s časem. Nestačí přitom umět analyzovat a plánovat svůj čas. Důležitá je schopnost posuzovat úkoly současně z významového a časového hlediska (hledisko důležitosti a naléhavosti úkolů). Díky ní je snazší rozhodování, které činnosti člověk může odložit na později a které naopak musí vykonat přednostně (úkoly prioritní, urgentní). Time management znamená eliminovat časovou tíseň a rozložit řešení úkolů do kratších etap. „*Naporcovat*“ činnosti, či přesunout některé záležitosti na druhé. Tak, aby se stresové situace omezily na minimum a člověk měl v pracovním i soukromém životě dostačující čas pro obnovování fyzických i psychických sil.

Každý člověk je jiný, a tak můžeme ve stejných situacích pozorovat rozdílné copingové strategie. Jiné způsoby zvládání bude vykazovat jedinec s typem chování A, pro kterého je typická energičnost, soutěživost, riskování, bezohlednost k druhým až agresivita. Jinak bude situace zvládat člověk s chováním typu B, jehož charakterizuje vyrovnanost v jednání i práci, ujasněné životní hodnoty, klid, uspokojení a uvolněnost.⁶⁵

Zdá se, že zvládání je také ovlivněno biologickým pohlavím. Jak uvádí K. Paulík (2010, s. 120-121), díky odlišné hormonální výbavě mají ženy předpoklad pro lepší zvládání stresů než muži. Oxytocin a estrogen mají uklidňující účinky a podporují laskavé, přátelské či pečovatelské chování. Oproti tomu testosteronu u mužů probouzí aktivitu a agresi. Rovněž strategie zvládání volené ženami a muži se liší. Ženy častěji preferují hledání sociální opory a samostatné řešení. Muži dávají přednost vyhýbání se těžkostem a jejich řešení (ibid., s. 125).

⁶⁵ Viz E. Bedrnová (2009), srovnej V. Kebza (2005).

2.7 Příklad učitele připraveného na úspěšné zvládnutí učitelské profese

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (dále RVP ZV) hovoří v personálních podmínkách⁶⁶ o pedagogovi velmi obecně a stručně. Pedagogičtí pracovníci mají mít potřebné profesní dovednosti a na osobnost pedagoga jsou kladeny následující požadavky: učitelé mají být „komunikativní ve směru k žákům, jejich rodičům, ostatním pedagogům a odborníkům zajišťujícím pro školu speciální služby (...), průběžně se (mají) vzdělávat, hodnotit a modifikovat svou činnost. V pedagogickém sboru mají být schopni „týmové práce, vzájemné vstřícné komunikace a spolupráce“. Vzhledem k žákům a jejich rodičům mají poskytovat nabídku „odborné pomoci“, včetně schopnosti „diagnostikovat žáky a motivovat je k další činnosti“. Mají být s to „udržet neformální kázeň“.

Pracovníci v řídicích funkcích se mají vyznačovat „výraznými manažerskými, organizačními i pedagogickými schopnostmi“. Mají být schopni „vytvářet motivující a zároveň náročné profesionální klima“, usilovat „o neustálý odborný a profesní růst svůj i svých podřízených“. Jejich myšlení a styl práce mají vykazovat koncepčnost, mají umět „poradit, ale i zaštitit učitele vůči negativním vnějším vlivům“ (RVP ZV, 2007).

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (dále RVP PV) pojednává pedagoga velmi implicitně. Předškolní pedagog reprezentuje institucionální předškolní vzdělávání, je realizátorem úkolů předškolního vzdělávání a garantem naplnění vzdělávacího obsahu. Hovoří se tedy spíše o tom, co by měl pedagog dělat než o tom, jaký by měl být. Výjimku tvoří následujících pár doporučení: „Pedagog má být průvodcem dítěte na jeho cestě za poznáním (...), (...) měl (by) kontrolovat sám sebe na základě autoevaluace (RVP PV, 2006, s. 9), (...) svým chováním, jednáním i svými postoji dítě ovlivňuje.“ (ibid., s. 11) „Pedagogové se sami chovají podle zásad zdravého životního stylu a poskytují tak dětem přirozený vzor.“ (ibid. s. 33)

Je reálné předpokládat, že budou-li učitelé (bez ohledu na stupeň vzdělávání) naplňovat výše shrnutá, stručná doporučení, tak zvládnou úspěšně učitelskou profesi i

⁶⁶ Část D: Materiální, personální, hygienické, organizační a jiné podmínky pro uskutečňování RVP ZV (s. 124).

vzhledem k zátěži, resp. stresu?⁶⁷ Můžeme se domnívat, že nikoli. Rámcové vzdělávací programy sice vymezují hlavní *požadavky, podmínky a pravidla* pro institucionální vzdělávání dětí, ale právě proto by v nich osoba učitele měla být zpracována podrobněji z hlediska profesních, osobnostních, sociálních kompetencí a klíčových dovedností, které jsou nezbytné k tomu, aby byl pedagog schopen zajistit to, k čemu jej profese zavazuje. Zvláště tehdy, jsou-li tyto profesní požadavky víceméně známé a pojednané v odborné literatuře.⁶⁸ Jak tedy sestavit model zdravé osobnosti učitele mateřské školy?

J. A. Komenský (1948) hovoří o *všeučiteli*, který je učitelem vševědným, a tak „*umí všechny lidi vzdělávat ve všem, co přivádí k dokonalosti lidskou přirozenost, aby se lidé stali všestranně dokonalými.*“ (s. 102) Proto ukládá tři podmínky:

1. „*Aby každý byl takový, jakými má učinit jiné;*
2. *aby znal způsoby, jak jiné takovými učinit;*
3. *a konečně, aby byl horlivý ve svém díle.*“ (ibid.)

„(...) *aby se lidé naučili pravdivé znáti, dobré chtíti, potřebné konati.*“ (s. 103)

Takový ideál by byl jistě dosažitelný, kdyby se mohlo vyplnit, co Komenský požaduje v jiné části svého díla. Totiž *aby vychovatelé lidského pokolení byli jen dobří, učení a učební; tak, aby sami rozuměli všemu, co činí člověka člověkem, a aby dovedli tím vším opatřovat jiné.* (s. 72-73) Podobně, i když v určitém smyslu přísněji a konkrétněji, o učiteli hovoří W. Brezinka (1996, s. 162-163) a formuluje normy profesní morálky⁶⁹.

Žádoucí kvality pedagogovy osobnosti lze nalézt v humanistické psychologii, jejíž stoupenci se zaměřili především „*na celostně pojatou zdravou osobnost a zdůrazňují pozitivní, optimistický pohled na ni.*“ (Atkinsonová, 2003) Pedagog podle C. Rogerse by přirozeně směřoval k růstu, zralosti a pozitivní změně a celou svojí bytostí by tendoval k aktualizaci – uplatnění nebo naplnění všech možností svého organismu. Učitel A.

⁶⁷ Např. ten učitel, který se bude *průběžně vzdělávat*, bude *hodnotit* a *modifikovat* svou činnost, bude vystaven menšímu riziku, že se u něho projeví symptomy syndromu vyhoření atd.

⁶⁸ Viz V. Spilková, J. Vašutová a kol. (2010); J. Vašutová (2007); V. Švec (1998); CH. Kyriacou (1996) a další. Současné jednání nad potřebou profesního standardu a jeho tvorba.

⁶⁹ Srovnej s pojetím J. A. Komenského, viz příloha č. 5.

Maslowa by naplňoval své lidské potřeby⁷⁰ a směřoval k seberealizaci⁷¹ (ibid., s. 467-473). Mezi jeho vlastnosti by patřila např. spontánnost myšlení i chování; vysoká tvořivost; zaměřenost na problém, spíše než na sebe; starost o blaho lidstva; smysl pro humor; bezpodmínečné přijímání sebe i ostatních; odolnost vůči vlivu kultury. Schopnost dívat se na život z objektivního hlediska a uvědomovat si základní životní zkušenosti. (Atkinsonová, 2003, s. 472).⁷²

Z principů humanistické psychologie a pedagogiky vychází S. Koťátková (2002) při syntéze humanistických aspektů práce učitelky MŠ. Mezi ně řadí *akceptaci, empatii a autenticitu* (s.72-73). Tyto znaky osobnostně orientovaného přístupu platí pro učitelky vzhledem k dětem, ale prvně především k sobě samým. Pro pedagoga by měla být samozřejmá schopnost přijímat sebe sama, provádět sebereflexi, vnímat empaticky atd., z konkrétních prostředků pak dovednost facilitace, aktivního naslouchání a všestranně zaměřené komunikace (ibid. s.73-76).

Poslední z vybraných koncepcí, které se zabývají osobností učitele zmiňme model zdravé osobnosti E. Řehulky (2005), jež charakterizují následující mody:

- *uvědomělá individuální odpovědnost za vlastní zdraví, život;*
- *celoživotní aktivita;*
- *vůle k získávání poznatků;*
- *cílevědomé zařazení do sociálních vztahů (význam sociální opory pro duševní zdraví);*
- *poučený vztah k materiálnímu prostředí (akceptace ekologie, odpovědnost za materiální prostředí atd.);*

⁷⁰ Hierarchii lidských potřeb A. Maslow zpracoval do podoby pyramidy, kde nejnižší stojí fyziologické potřeby a nejvyšší potřeba seberealizace (Atkinsonová, 2003, s. 471). Zatímco na úrovni nižších a vyšších potřeb jde člověku zejména o redukci tenze, na B-úrovni (kde „B“ reprezentuje „bytí“ v nejhlubším možném významu – vlastní existenci sjednocenou s vesmírnou skutečností, nacházejí se zde metahodnoty spjaté s vrcholy lidské existence) je nejpodstatnější *sebeaktualizace*.

⁷¹ Seberealizující (sebeaktualizující) se lidem jsou společné následující znaky: *odstup a potřeba soukromí; nezávislost na kultuře a okolí; autonomie a asertivita; smysl pro humor bez nepřátelství; originalita a tvořivost; sebetranscendence* (Drapela, 2003, s. 140-141).

⁷² Srovnej s poznatky psychologa R. W. Coana (1999): s. 192 (interpretace Rogerse), s. 196 (interpretace Maslowa), s. 211-224 optimální osobnost dle autora – multivariační analýza problematiky ideální osobnosti a její výsledky.

- *vědomý vztah k vlastní tradici a kulturnímu dědictví;*
- *snaha o dosažení štěstí a radosti.* (s. 349)

Jedná se o charakteristiku osobnosti pedagoga, která je jakýmsi indikátorem pro zvládnutí učitelské profese z hlediska lidských hodnot a životní filosofie⁷³. Výkon učitelství vyžaduje rovněž takové kompetence (schopnosti, dovednosti, vědomosti, zkušenosti a způsobilost), zajišťující kvalitu a „nepatologičnost“ vzdělávacího procesu – profesní znalosti, povinnosti a jednání (Vašutová, 2004).

V. Spilková (1997) formulovala jako jedna z prvních v českém kontextu klíčové kompetence učitele roztržiděné do šesti kategorií na:

- *psychodidaktické kompetence,*
- *pedagogické kompetence,*
- *komunikativní kompetence*⁷⁴,
- *diagnostické a intervenční kompetence,*
- *poradenské a konzultativní kompetence,*
- *kompetence reflexe a vlastní činnosti.*

Jistou shodu vidíme s profesním standardem, který uvádí J. Vašutová (2004) a rozděluje jej do sedmi oblastí kompetencí⁷⁵:

- *předmětová/oborová,*
- *didaktická a psychodidaktická;*
- *pedagogická;*
- *diagnostická a intervenční;*
- *sociální, psychosociální a intervenční;*
- *manažérská a osobnostně kultivující;*
- *ostatní předpoklady.* (Vašutová, 2004, s. 105)

⁷³ Na výše zmíněné vlastnosti a povahu jednání by mohl být zaměřen výběr budoucích studentů učitelství.

⁷⁴ Kéž by tuto komunikativní kompetenci charakterizoval respektující přístup učitele k dítěti (viz Faber, Mazlish, 2011; Kopřiva, Nováčková, Nevolná, Kopřivová, 2006; Faber, Mazlish, 2009)

⁷⁵ Za „základ formulování profesního standardu byla vzata kategorie učitele všeobecně vzdělávacích předmětů na základní a střední škole.“ (Vašutová, 2004, s. 105) Narážíme na problém odlišnosti mateřských škol a požadavků na předškolní učitele. Z těchto odlišností vyplývají specifické nároky na kvalitu učitelů.

Snahy odborné veřejnosti směřují k postihnutí takových behaviorálních a pracovních kompetencí⁷⁶, které by se ve své podobě blížily profesnímu standardu na evropské úrovni (Spilková, Tomková a kol., 2010). Při vytváření pedagogových kompetencí se v České republice využívá poznatků z výzkumů na dané téma. Vychází se ze změn českého vzdělávacího kontextu. Vývoj spěje směrem k překonání problémů učitelské profese⁷⁷ k co největší pedagogické odbornosti (profesionalitě) ve smyslu, který byl formulován Lisabonskou strategií a dokumentem UNESCO *Učení je skryté bohatství* (Vašutová, 2007; Spilková, Vašutová a kol., 2008).

Vzhledem ke zdraví, předcházení stresům, posilování psychické odolnosti a profesní zdatnosti se jeví jako žádoucí, má-li pedagog zdravé sebevědomí a asertivní jednání. Je-li hrdý na svoji profesi a umí-li argumentovat její společenskou důležitost. Má-li zájmy a koníčky realizované mimo školu, má-li dobré rodinné a životní zázemí, může-li nalézt oporu v učitelském sboru, účastní-li se podpůrných antistresových programů a programů dalšího vzdělávání pro zdokonalení se v profesi (Vašutová, 2007, s. 26).

Z hlediska psychosociálních determinant zdraví by profil učitele připraveného na zvládání učitelské profese mohl vypadat následovně:

- kladné hodnocení ve všech dimenzích osobní pohody⁷⁸ s autenticky prožívanými pocity radosti, životní spokojeností a fyzickou zdatností;
- co možná nejnižší citlivost, resp. náchylnost vůči psychickým i fyzickým negativním vlivům a co možná nejvyšší tolerance vůči zdravotním obtížím;
- s centrem kontroly uvnitř⁷⁹, se zvnitřnělou důvěrou ve vlastní schopnosti, zejména schopnost ovlivňovat, kontrolovat a zvládat své životní role a cíle;

⁷⁶ *Behaviorální kompetence* (základní vlastnosti, které jedinci vnášejí do svých pracovních rolí a které jsou odvozeny z analýzy jejich pracovního chování) a *kompetence založené na práci* (povolání) odvozené z funkční analýzy pracovních míst a vyjadřují očekávání výkonu jedinců na jejich pracovištích, vyplývají z explicitně stanovených norem, výstupů, výsledků či účinků práce (Mlčák, 2005).

⁷⁷ Viz Vašutová, 2004, s. 42.

⁷⁸ Viz C. D. Ryffová a C. L. Keyesová *The structure of psychological well-being revisited* (1995) (Kebza, 2005, s. 69): sebepřijetí; pozitivní vztahy s druhými; autonomie; zvládání životního prostředí; smysl života; osobní rozvoj. (V souvislostech viz oddíl 1.2.1.)

⁷⁹ Locus of control (LOC) J. Rottera (Kebza, 2005, s. 96), podrobně viz oddíl 1.2.3.

- s co nejvyšší odolností vůči zátěži, stresu: nervově silný s nízkou labilitou a neuroticitou⁸⁰;
- se schopností adaptovat se na vnější podmínky, s aktivním přístupem k řešení stresových situací a životních událostí;
- s dovednostmi sociálního začlenění a znalostí principu sociální opory;
- s dovednostmi souvisejícími s duševní hygienou a prevencí zdravotních rizik povolání.

Ideální charakteristiku učitele by doplňoval nadprůměrný intelekt; ochota účastnit se celoživotního (sebe)vzdělávání a (sebe)výchovy; odborná připravenost a již zmíněné morální vlastnosti. Ovšem ideály bývají nedosažitelné, proto by bylo optimální, aby se pedagogové snažili vytčenému obrazu přiblížit. Aby v rámci pregraduální přípravy získali informace o důležitosti a souvislostech jednotlivých (výše zmíněných) kritérií, podstatných pro zachování zdraví a úspěšného zvládání učitelské profese.

2.8 Předprofesní příprava předškolních učitelů s ohledem na vztah zdraví – výkon profese

Přípravě učitelů na výkon učitelské profese se věnuje v České republice osm pedagogických fakult:

- Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze (Internet 5);
- Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci Internet (Internet 6);
- Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně (Internet 7);
- Fakulta pedagogická Západočeské univerzity v Plzni (Internet 8)⁸¹;
- Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (Internet 9);
- Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové v Hradci Králové (Internet 10);

⁸⁰ Neuroticismus bývá ve spojení se strategiemi úspěšného zvládání stresu považován za rizikový faktor (např. Paulík, 2010; Atkinson, 2003 atd.). Zajímavé je proto zjištění se kterým přišla Iva Žaloudíková (2001) na základě své studie. Došla k závěru, že neurotické rysy pozorované mezi učiteli jsou při delší zátěži spíše výrazem chronické exogenní zátěže než endogenní dispozice a vulnerability vůči stresu.

⁸¹ Pobočka pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

- Pedagogická fakulta Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem (Internet 11);
- Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě (Internet 12).

Studium učitelství pro mateřské školy zakončené (minimálně) bakalářským titulem lze absolvovat na všech pedagogických fakultách. Avšak je jen několik předmětů, jejichž vzdělávací náplň se týká zachování pedagoga zdraví, ochrany zdraví a vztahu zdraví k výkonu učitelské profese, metodám duševní hygieny nebo psychosociální a biomedicínské patologie. Nejčastěji to bývají Osobnostní a sociální výcvik, Předprofesní reflexe, Výchova ke zdraví/Základy výchovy ke zdraví, Pedagogická praxe a semináře k praxi.

Tématicky se obsah výuky zaměřuje na:

- pojem zdraví (historický vývoj, determinanty zdraví, modely zdraví – holisticko interakční model zdraví, Maslowův model hierarchie základních lidských potřeb);
- problematiku biomedicínskou (životní styl, výživu, pohyb, kouření, reprodukční zdraví, první pomoc);
- problematiku psychosociální (zátěžové a krizové situace, nejčastější psychické poruchy, návykové chování a závislost, civilizační choroby).

Z didaktické oblasti je věnována pozornost:

- programům podpory zdraví (v celoevropském, celostátním a regionálním měřítku, s důrazem na program ŠPZ: Mateřská škola podporující zdraví) a
- dokumentům s tématem zdraví: Zdraví 21, Výchova ke zdraví (RVP ZV).

Ze studijních sylabů vyplývá, že je téma zdraví uchopeno především s ohledem na „zdravý“ vztah pedagoga k dítěti (role učitelky mateřské školy v primární prevenci negativních sociálních jevů, vliv osobního příkladu), popřípadě na zdraví dítěte (tělesná a duševní hygiena, potřeby pohybu a otužování u dětí, problematika správné výživy), či odpovědnost pedagoga mateřské školy za zdraví a bezpečnost svěřených dětí.

Učitelé bývají obecně seznámeni se zdravotní problematikou, nikoli však připraveni na pracovní rizika ohrožující zdraví. Student, budoucí učitel MŠ, má v současné době, zdá se, nedostatečnou možnost seznámit se předem se zdravotními nároky své budoucí profese. Teoretické znalosti a krátké praxe v předškolních zařízeních jej nemohou zcela připravit na realitu, kterou přináší výkon povolání (Opravilová, 2002)⁸². Mladý pedagog bývá plný entuziasmu a optimismu, je motivován pro studium i učitelskou praxi, avšak se vstupem do pracovního procesu může dojít k rozčarování. Začínající učitelé se mohou cítit zaskočení skutečnostmi, jež neočekávali.⁸³ Ne každý bývá dostatečně vybavený po psychické i fyzické stránce, ne všichni mají postačující dovednosti a potřebnou odolnost pro zvládnutí každodenních (i třeba rutinních) činností ve škole.⁸⁴ Učitelé jsou najednou vystaveni stresu a problémové situace způsobené nepříznivými vnějšími podmínkami, materiálními i personálními, mohou začít měnit kvalitu jejich výkonu, který v práci podávají.

Kvalitu vykonávaného povolání i délku, po kterou je člověk schopen práci vykonávat, ovlivňuje povaha a míra vlivu, kterou má daná profese na lidské zdraví. Rovněž uspokojení, s jakým člověk svoji profesi vykonává, se liší, je-li práce pozitivně nebo negativně ovlivněna zdravím jedince. Součástí přípravy člověka na jeho budoucí povolání by tedy mělo být seznámení s pracovními riziky, která jsou spojena s výkonem zvolené profese. Je vhodné, aby byly studentům současně s informacemi o pracovních rizicích předávány také metody, jak je rozpoznat, jak jim čelit, či jak je eliminovat. Dovednost zvládat zátěž usnadňuje výkon povolání i sladění profesního života s osobním. Jestliže tedy víme, že učitelská profese je specifická zvýšenými nároky na fyzické a psychické

⁸² Autorka navrhuje jako předpoklad pro vstup do studia zkušenost z práce s dětmi, krátký zážitek z působení v učitelské roli. Domnívá se, že v tomto případě praxe přináší vlastní zkušenost, zatímco povrchní informovanost by vedla „k jisté myšlenkové uzavřenosti a rigiditě“ (s. 63).

⁸³ J. Průcha tento stav nazývá „šok z reality“ a uvádí příčiny, vedoucí k učitelskému zklamání až selhání. (Průcha, 1997, s. 207) – srovnejme s hodnocením míry motivace k výkonu učitelské profese, které prezentuje J. Kořál (2002): „Zdá se, že způsob výuky a realizace pedagogických praxí, které umožňují studentům nahlédnout do poměrů ve školství, vedou ke ztrátě prvotního entuziasmu a iluzí, nemají posilující, ale naopak nemotivující důsledky.“ (s. 160)

⁸⁴ A to i přesto, že při výběru studentů na vysokoškolské studium projdou zájemci talentovými zkouškami (určitý filtr tělesně zdatných, resp. způsobilých uchazečů).

předpoklady, že se jedná o profesi exponovanou, měl by být optimalizován výběr lidí do takové profese a podmínky pro její výkon by měly být dopředu známe (Bedrnová, 2009)⁸⁵.

Lze tedy shrnout, že téma duševní hygieny se jeví z hlediska výuky jako poddimenzované nejen na základě analýzy vysokoškolských studijních programů oborů učitelství pro mateřské školy, ale i na základě známých výzkumů⁸⁶. Nejenže tedy student, zdá se, nebývá během studia připravován na to, jak profesionálně zvládat zdravotní rizika, která mohou vyplývat z výkonu učitelské profese, často ani není o možných rizicích dopředu informován. Proto by bylo vhodné zařadit téma „prevence zdravotních rizik povolání“ do osnov pro vzdělávání pedagogů, zaměřit se na metody duševní hygieny užívané učiteli při pedagogické praxi, případně orientovat studenty na vhodné kurzy, semináře a školení dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků s těmito tématy.

⁸⁵ Autorka se domnívá, že např. odolnost vůči neuropsychické zátěži patří mezi ty charakteristiky, které lze diagnostikovat.

⁸⁶ Mlčák, 2005 (autor navrhuje zkvalitnit profesní přípravu vychovatelů aplikací kompetenčního přístupu, který profesní předpoklady induktivně odvozuje ve směru „od praxe k teorii“ a doporučuje u studentů rozvíjet autoregulační a komunikační kompetence a kompetence zvládat zvýšený pracovní stres); Miškolciová, Šimkovič, 2005 (kteří doporučují v rámci pregraduální přípravy učitelů cíleně formovat postoj k zátěžovým situacím jako k výzvě, pozitivní postoj k vlastní kompetenci mít situaci pod kontrolou, pozitivní postoj k učitelské profesi a práci učitele); Paulík, Internet 15 (pracovní stres se promítá do zdravotního stavu a je tedy důležitým činitelem, který s největší pravděpodobností ovlivňuje zdraví a délku života učitelů) aj.

3. Prevence zdravotních rizik povolání

Třetí kapitola se věnuje zdravotní prevenci ve vztahu k předškolnímu učiteli a jeho povolání. Pozornost je zaměřena na žádoucí postoje, jejichž osvojením pedagog může předejít vzniku zdravotních problémů vznikajících důsledkem výkonu povolání. Dále na vhodné aktivity, díky nimž lze zabránit rozvoji již přítomných problémů, nebo zastavit ty problémové jevy, které si již vyžádaly léčbu a jejichž opakování není žádoucí.

Preventivní postupy jsou rozlišovány podle úrovně, na níž jsou uplatňovány (primární, sekundární a terciární prevence), a podle zaměření (na globální, selektivní a indikativní prevence) (Kebza, 2005). V této práci se věnujeme specifické *primární prevenci* (profylaxi), jež se orientuje na předcházení vzniku konkrétních nemocí nebo chorob. Mezi hlavní aktivity primární prevence patří *výchova ke zdraví* (ibid., s. 35). Neboť víme, na kterou cílovou skupinu se prevence zaměřuje, můžeme určit, že se jedná o prevenci *indikativní*.

Smyslem prevence je na jedné straně hledat vlivy, které nepříznivě působí na člověka, na straně druhé nacházet „*přístupy a metody, které by člověku pomohly poradit si s konkrétními obtížemi vzniklými v důsledku nezvládnutí některých problémů a situací*“ (Bedrnová a kol., 2009, s. 19) a jsou tím, co na lidský život působí příznivě.

Prevenci ve vztahu k povolání učitele mateřské školy je vhodné vidět z hlediska nebezpečných jevů, které s sebou profese přináší. V našem případě známe rizika i způsoby, jak jim čelit. Proto hovoříme o cílené prevenci. Ta se stává efektivní v momentě, kdy začneme problematice věnovat pozornost a vyvineme snahu neuspokojivý stav věcí změnit.

3.1 Duševní hygiena v každodenním životě

Duševní hygiena jako obor vychází z poznatků medicíny, psychologie, filozofie a sociologie. V širokém slova smyslu se zabývá otázkami „*hledání a nalézání efektivního způsobu života, optimální životní cesty pro každého člověka.*“ (Bedrnová a kol., 1996, s. 7) V užším slova smyslu je oborem, který se zabývá tím, jak uchovávat duševní zdraví.

Zkoumá způsoby nalézání efektivních cest životem a faktory, které ovlivňují psychiku lidí. Formuluje zásady proto, aby se člověk cítil spokojený, užitečný, psychicky zdatný a výkonný, aby žil zdravým a vyrovnaným životem od narození do smrti. Má velký význam pro zvláště exponovaná pracovní místa a náročné profese, které s sebou přinášejí vysoké bio-psycho-sociální nároky.

„Základním předpokladem zvládnutí práce (...) je vždy způsobilost pracovníků zorganizovat si vlastní život, práci a umět zvládat každodenní stres.“ (Bedrnová a kol., 1996, s. 5) Proto se duševní hygiena zaměřuje na *optimalizaci životního programu* (ibid., s. 9). Na odstraňování nepříznivých vlivů, hledání způsobů, jak jim předcházet nebo se s nimi vyrovnat. Prevence je považována za nejúčinnější formu, jak předcházet nepříznivým vlivům.

Žádoucí postoj k životu je postoj aktivní. Své prostředí si přizpůsobujeme vzhledem ke svým potřebám, ovšem měli bychom přitom respektovat určité známé zákonitosti každodenního života. Zajistit duševní zdatnost i duševní odolnost znamená věnovat pozornost naší životosprávě, životním rytům, které jsou pro lidský druh charakteristické a které často lidé neberou v potaz, neboť fungují samy o sobě. Co můžeme ovlivnit je kvalita fungování a pozitivní důsledky, které to bude mít pro naše zdraví.

Lidský život je rytmizován převážně pravidelným střídáním aktivity a odpočinku (bdělý stav střídá spánek). Obraz tohoto střídání se individuálně liší u každého jedince a je pozorovatelný jako životní (osobní) tempo. Způsob, jakým máme sladěny naše možnosti s nároky, jenž jsou na nás kladeny, odpovídá následně kvalitě zdravotního stavu každého jedince. *„Je-li naše osobní tempo ve větší disharmonii s požadavky okolí, dochází zpravidla k problémům, a to jak v našem výkonu, tak i v celkovém životním režimu, včetně spánkového.“* (Bedrnová a kol., 2009, s. 47) Proto je vhodné rozumět svým duševním a fyziologickým potřebám, abychom na jejich základě mohli optimalizovat režim dne.

Abychom mohli plně aktualizovat náš duševní potenciál, měli bychom věnovat pozornost otázkám výživy a stravování (pravidelnosti, všestrannosti), ale také režimu práce a odpočinku – střídání času, kdy je energie vydávána a opět doplňována.

3.1.1 Duševní hygiena v práci

Pakliže se člověku daří respektovat životní rytmy (viz předchozí podkapitola 3.1), je možné optimalizovat režim práce a odpočinku. Abychom mohli své zaměstnání vykonávat bez problémů, mělo by být sladěno naše osobní tempo a náš osobní rytmus s pracovním. Někteří lidé mají pomalejší životní tempo, jiní zase rychlejší. Není však vhodné, aby člověk s pomalejším tempem pracoval na místě, kde se vyžaduje rychlé jednání a rozhodnost, nebo člověk s rychlým tempem pracoval v zaměstnání, které je typické svojí stereotypií. Rovněž ten, komu dělá problém ranní vstávání by neměl mít pravidelnou pracovní dobu od brzkých hodin a člověk s glykemickou dysbalancí by měl mít možnost pravidelného stravování.

Optimální je vyvážit druhy každodenních aktivit, jimž se věnujeme v práci a ve volném čase, ale také poměr druhů těchto aktivit v pracovní činnosti. Snesitelnost práce usnadňuje stanovení určitého vyváženého poměru činností, v nichž střídavě uplatňujeme fyzický a duševní potenciál. Pokud tedy učitel MŠ tráví převážnou dobu své pracovní doby pohybem, je aktivní, vybuzený hlukem, neustálou pozorností a zodpovědností, dá se očekávat, že v době volného času bude regenerovat a rekultivovat své síly aktivitami pasivnějšího a klidnějšího rázu.

Z hlediska duševní hygieny je přitom vhodné mít stále na paměti skloubení výkonu zaměstnání a naplňování lidských potřeby.

3.2 Prevence zátěže a zdravotních rizik v povolání učitele MŠ

Vnímáme-li dělení našeho aktivního času na dobu, kdy vykonáváme činnosti pracovní a dobu, kdy se věnujeme svým zájmům, měli bychom věnovat pozornost určitým zásadám. Tyto zásady by měly zajistit, aby byl čas strávený doplňováním vydaných sil skutečně co nejefektivněji využitý. Následující doporučení mohou být inspirativní jako vhodné preventivní praktiky každodenní duševní hygieny.

„Zásady optimálního odpočinku:

- *odpočinout si má člověk vždy, když pocítí první příznaky únavy;*

- *odpočívat je nejvhodnější tak, že člověk dělá zcela jiné aktivity, než ty, které obvykle vykonává v pracovním procesu;*
- *odpočinek by neměl být tvořen aktivitou „na výkon“;*
- *v rámci aktivního odpočinku bychom se měli vyhýbat takovým formám, které lze označit za „divácké“ (video, televize...) – spíše aktivity s vlastním podílem činnosti, než pouhá úroveň smyslové percepce;*
- *výběr aktivit by se měl řídit potřebami konkrétního člověka (mé aktivity uspokojí mé potřeby a není vhodné ostatní nutit, aby se stoprocentně přizpůsobili mé představě);*
- *část aktivit bychom měli volit samostatně (umožní to členům rodiny vzájemně si od sebe odpočinout);*
- *část aktivit by měla být „ochutnávkou“ odpočinkových aktivit našich blízkých;*
- *čas od času bychom měli změnit stereotyp života (návyky pomáhají stabilizovat náš životní běh, ale nesmí nás zotročovat – ztráta zájmu o nové podněty z důvodu zvyku na známé a vyzkoušené);*
- *souvislému odpočinku bychom měli věnovat alespoň jednou ročně přibližně 14 dní;*
- *odpočinkové aktivity by nám měly přinášet radost, jejich průběh bychom si měli užít.“*

(Bedrnová a kol., 1996, s. 58-59)

Dodržování těchto zásad znamená prevenci nadměrného zatěžování pedagoga a eliminaci jeho dlouhodobého přetěžování. Učitel vykonává svoji profesi dle svých celkových možností a výše požadavků, které jsou na něho kladeny (i které na sebe klade sám), by proto měla odpovídat jeho schopnostem. Jinými slovy, na učitele by neměly být kladeny vyšší nároky, než jaké je schopen zvládnout, aby pracovní proces nevnímal jako přetěžující a vyčerpávající. Prevence přetěžování znamená uspokojivý kvantitativní poměr mezi množstvím práce a množstvím odpočinku na jedné straně, na druhé straně uspokojivou kvalitu podmínek, za kterých vzdělávání (pracovní proces) probíhá. S. Brockert (1993) nabízí řešení pro ty, kterým dělá problém sladit vnitřní a vnější okolnosti. Preventivní způsob, jenž zajišťuje sladění nároků na člověka a jeho možností, nazývá

„funkční vášeň“. Ta je důkazem toho, že co člověk opravdu umí, dělá rád. *„Kdykoli člověk něco dělá ‘z čisté radosti’, nechápe zkrátka ani extrémně vysoké ‘pracovní zatížení’ jako ‘zátěž’, ale spíše jako hravé rozvíjení vlastního talentu a schopností.“* (ibid., s. 93)

Pokud vnímá pedagog každodenní práci s dětmi jako výzvu, cítí, že jej výkon profese naplňuje, obohacuje a že má stále prostor pro svoji seberealizaci, věnuje se prevenci zdravotních rizik povolání jaksi přirozeně a jeho obavy o zdraví nemusejí být velké. Jestliže však u sebe učitel zpozoruje změny v psychickém ladění, fyzicky se necítí zdravý, nebo začne být v mateřské škole nespokojený, měl by se zamyslet nad tím, zda jeho problémy nepramení z pracovní zátěže, jejíž míra pro něho začíná být neúnosná. A pakliže již pedagog cítí projevující se problémy, mohlo by mu pomoci zamyšlení nad tím, zda jeho nepříznivý stav není způsoben pracovním procesem. Existuje totiž řada možností, jak pracovnímu stresu předcházet, jak rozvíjet svoji odolnost vůči němu nebo zmírňovat jeho nepříznivý dopad na zdraví. Počínaje technikami sebeovládání a seberozvoje, přes tělesná cvičení a otužování, po relaxaci a meditaci (Paulík, 2010)⁸⁷.

⁸⁷ Konkrétní druhy technik, cvičení a způsobů relaxace nabízí kromě K. Paulíka (2010) také E. Bedrnová (2009), J. Křivohlavý (2009) a mnoho dalších.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Empirická část diplomové práce se věnuje zkoumání vztahu mezi zdravím pedagogů mateřských škol a výkonem učitelské profese tak, jak ji lze sledovat v praxi. Záměrem bylo zjistit, jakým způsobem učitelé vnímají své zdraví ve vztahu k povolání, které vykonávají v mateřské škole.

J. Průcha (2002) konstatuje, že zůstává otázkou, proč se „o tak významnou stránku učitelské profese, jako je pracovní spokojenost a zdraví učitelů, stresové a další rizikové faktory jejich práce, odolnost k jejich zvládnutí atd.“ (s. 63) nezajímá pedagogická teorie a výzkum. Skutečně, jedním z důvodů pro vytvoření dotazníkového šetření byl fakt, že většina známých výzkumů i odborné literatury se tématu zdraví učitelů nevěnuje a pokud ano, činí tak z pohledu základního, středoškolského, nebo vysokoškolského vzdělávání⁸⁸. Výzkum by proto měl rozšířit poznatky v oblasti tématu „učitel a zdraví“ pro cílovou skupinu předškolních pedagogů.

4. Cíle výzkumu

V rámci praktické části jsem si stanovila tyto cíle:

1. zjistit, jaký postoj předškolní učitelé zaujímají ke zdraví;
2. zjistit, jaké je z hlediska zdraví propojení osobního a profesního života pedagogů;
3. zjistit, co pedagogové hodnotí na učitelství vzhledem ke svému zdraví jako pozitivní;
4. zjistit, co pedagogové hodnotí na učitelství vzhledem ke svému zdraví jako negativní.

⁸⁸ Zdraví učitelů základních škol zkoumali např.: Paulík, K. (Internet 15); Židková, Z.; Martinková, J. (Internet 13); Žaloudíková, I. (2001); Řehulka, E. (2005); Miškolciová, L.; Šimkovič M. (2005) a mnoho dalších; zdraví učitelů středních škol: Zemánek, P. (2005a, b); nároky spojené s profesí učitelů základních, středních a vysokých škol: Paulík, K. (1998b).

5. Výzkumný problém a výzkumné otázky

K vytvoření výzkumu na téma vztahu „učitel a zdraví“ mne přivedly výsledky dotazníkového šetření, které jsem uskutečnila v rámci bakalářské práce *Naplnění přirozených lidských potřeb pedagogů mateřských škol z hlediska zdraví a zátěže výchovně vzdělávacího procesu*⁸⁹. Hlavním motivem pro hlubší zkoumání daného problému byla tehdejší zjištění (podrobněji v kapitole 7.2.2), která poukazovala mimo jiné na to, že pedagogové:

- zapomínají při práci s dětmi na své přirozené lidské potřeby;
- cítí se každodenně po práci celkově vyčerpaní;
- vykonávají svoji profesi i při nemoci (neléčí se a chodí do práce).

Proto jsem se rozhodla téma zdraví uchopit tak, abych podrobněji zjistila, jaké jsou současné názory předškolních učitelů na zdraví a nemoc a jakou mají pedagogové představu o své profesi z hlediska zdravotní náročnosti a celkové zátěže.

5.1 Výzkumný problém

Podle dostupných informací a dat se ukazuje, že pedagogové své zdraví hodnotí vzhledem k vykonávanému povolání učitele MŠ jako nedůležité. Jakoby své zdraví příliš nedávali do souvislosti s výkonem učitelské profese a nezajímali se o dopady, které může mít povolání na jejich zdravotní stav. Aby byl vzhled do skutečné situace podrobnější, doplnila jsem cíle výzkumu o následující výzkumné otázky, na jejichž vyhodnocení se rovněž zaměřím během analýzy dotazníkového šetření.

⁸⁹ Marešová, 2007.

5.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky doplňují cíle výzkumu. Jejich zodpovězením bychom měli získat prohlubující informace o vztahu chování pedagogů, které se týká zdraví a zakládá se na výkonu profese.

1. Považují učitelé své zdraví za důležité pro svoji práci?
2. Stupňuje se zájem o své zdraví s věkem učitelů, nebo je vnímání vlastního zdravotního stavu nezávislé na stáří pedagogů a délce souvislé praxe v MŠ?
3. Vnímají učitelé mateřských škol svůj dobrý zdravotní stav jako předpoklad pro kvalitní výkon učitelské profese?
4. Mohou subjektivní pocity pohody a nepohody ovlivnit výkon pedagoga při pracovním procesu?

6. Metody výzkumu

Jako výzkumný nástroj jsem si zvolila metodu dotazníku (viz příloha č. 1 a, b). Charakterem se jednalo o *kvalitativní vícerozměrný horizontální* dotazník zjišťující *zájmy, postoje a hodnoty* (Svoboda, 1992) učitelů. Všech šestnáct otázek dotazníku bylo otevřených. První čtyři byly formulovány obecně a jejich smyslem bylo zjistit, co si učitelé představují pod pojmem zdraví a jak hodnotí vliv, který na něj má profese učitele. Dalších dvanáct otázek zjišťovalo postoj učitelů k vlastnímu zdraví, a to zejména ve vztahu k vykonávání učitelského povolání. Soubor otázek byl sestaven tak, aby bylo možné odpovědi mezi sebou porovnávat a ověřovat jejich vzájemnou souhlasnost. Výpovědi bylo nutné konfrontovat také proto, že by jinak došlo ke zkreslení výsledků. Z tohoto důvodu si některé otázky byly podobné, jiné s tématem zdraví zdánlivě nesouvisely.⁹⁰ Celkový charakter dotazníku byl konstruován tak, aby odpovědi co nejvíce odrážely subjektivní

⁹⁰ Například jedenáctá otázka: „Co Vás na práci učitelky MŠ nejvíce těší?“

stanoviska učitelů. Tím se sice zkomplikovala možnost kvantifikování získaných odpovědí, na druhou stranu vyšlo lépe najevo, jak učitelé skutečně hodnotí vliv svého zdravotního stavu na učitelskou profesi a naopak.⁹¹

K vyhodnocování získaných dat byla využita metoda kvantifikace výsledků, jejímž cílem bylo zpřehlednit získané informace. Odpovědi byly hodnotitelem kategorizované a následně procentuálně nebo četnostní odpovědi uspořádané do grafického znázornění.⁹²

7. Výzkum

Dotazník bylo nutné připravit tak, aby otázky co nejvíce zjišťovaly odpovědi na stanovené cíle a výzkumné otázky a byla zároveň zajištěna co nejvyšší míra *objektivity*, *reliability* a *validity*. Formulace se proto precizovaly a nejméně čtyřikrát prošel celý dotazník úpravami. Na základě znalosti teorie⁹³, odborné literatury⁹⁴ a vlastních zkušeností z praxe jsem vypracovala takové otázky, které by bylo možné stručně a jednoznačně zodpovědět. Měly však být pro učitele také podnětem k hlubšímu přemýšlení o zkoumané problematice. Bylo nutné, aby pedagogové rozuměli otázkám, aby byl dotazník vnitřně konzistentní a jednotlivé položky vykazovaly co nejvyšší míru homogenity a korelace. Proto bylo nutné s pomocí učitelek MŠ provést opakovaně předvýzkum a vyhodnocovat, zda učitelky dotazníku rozumí a budou skutečně odpovídat tak, aby zjištěné odpovědi byly žádoucí.

⁹¹ Například otázka čtrnáctá: „Máte po práci čas na sebe?“ mohla být formulována jinak, tak, aby byli respondenti nuceni odpovědět co nejpřesněji – „Kolik času máte po práci na sebe?“ Tím bychom sice mohli kvantifikovat, kolik učitelů má na sebe po práci kupříkladu 1 hod., 2 hod., nebylo by však možné zachytit subjektivní hledisko resp. zda čas, který učitelé mají považují za dostatečný, či nikoli.

⁹² Výsledky výzkumu zpracované tímto způsobem měly zaprvé poskytnout odpovědi na cíle a výzkumné otázky této diplomové práce, za druhé měly připravit kategorie odpovědí pro kvantitativní výzkum, resp. dotazníkové šetření na téma „*vztah mezi zdravím pedagogů mateřských škol a výkonem jejich učitelské profese*“, který bude realizován v budoucnosti (kategorie získané z odpovědí dotazníkového šetření v roce 2010, budou využity jako varianty odpovědí, mezi nimiž budou explorandi vybírat).

⁹³ Viz teoretická část diplomové práce.

⁹⁴ Např. Morávek, 1987; Svoboda, 1987; dále viz seznam použitých informačních zdrojů.

7.1 Podmínky pro realizaci výzkumu

Výzkumné šetření diplomové práce jsem zaměřila na skupinu pedagogů běžných mateřských škol. Cílová skupina byla vybrána na základě kritéria, jímž bylo vzdělání – dotazovaní učitelé musejí mít ukončené vysokoškolské vzdělání nebo být v některé z forem vysokoškolského studia (prezenční, kombinované). Důvodem byl předpoklad pravděpodobnosti, že tito učitelé se během svého vzdělávání setkali s tématy, na něž je výzkum zaměřený. Dalším motivem byla snaha zjistit, kde a do jaké míry se se zdravotní tematikou setkali a nakolik obeznámení s problematikou ovlivnilo jejich chování vzhledem ke zdraví.

Výzkum proběhl v prvním čtvrtletí roku 2010 na pedagogických fakultách dvou vysokých škol - Univerzitě Karlově v Praze (40 účastnic) a Masarykově univerzitě v Brně (20 účastnic). Díky osobní přítomnosti byla návratnost dotazníků 100%. Feminizace předškolního vzdělávání se promítla do šetření v podobě 100% zastoupení respondentů ženami⁹⁵. Četnost respondentek dle různých kritérií:

dle věkového zastoupení⁹⁶: 20 - 30 let 32 učitelek;

31 - 45 let 17 učitelek;

46 - 60 let 11 učitelek;

dle ukončeného vzdělání: vysokoškolské 40 učitelek⁹⁷;

středoškolské 20 učitelek⁹⁸;

dle délky praxe: 1-4 let 25 učitelek;

5-10 let 13 učitelek;

11- 20let 7 učitelek;

21- 30 let 13 učitelek;

35-40 let 2 učitelky;

⁹⁵ Tento stav naprosto odpovídá poznatkům v odborné literatuře, viz např. J. Bendl (2002), podrobněji oddíl 7.4.1.

⁹⁶ Věková periodizace dle Václava Příhody.

⁹⁷ 37 učitelek mělo dokončené bakalářské studium; 3 učitelky vyšší odbornou školu;

⁹⁸ Tyto učitelky studovaly v době sběru dotazníků na některé z vysokých škol, kde probíhal výzkum.

dle kraje příslušnosti⁹⁹: Praha 24 učitelek;

Jihomoravský kraj 12 učitelek;

Středočeský kraj 8 učitelek;

Plzeňský kraj 3 učitelky;

Vysočina 2 učitelky;

Liberecký kraj 2 učitelky;

Ústecký kraj 2 učitelky;

Jihočeský kraj 2 učitelky;

Pardubický kraj 1 učitelka;

Moravskoslezský kraj 1 učitelka;

Zlínský kraj 1 učitelka;

Královéhradecký kraj 1 učitelka;

Karlovarský kraj 1 učitelka.

7.2 Vlastní výzkumné šetření

Výzkumné šetření probíhalo v každé skupině studentek stejným způsobem. Podala jsem vysvětlující informace k dotazníku a jeho záměru. Instrukce k vyplňování byly takové, že odpovědi nemusí být rozsáhlé a učitelky mohou napsat skutečně to, co je k jednotlivým otázkám napadne, neboť je celé šetření anonymní. Během vyplňování se učitelky mohly ptát, pokud jim cokoli z dotazníku bylo nesrozumitelné. Tuto možnost žádná nevyužila. Z jejich bezprostředních reakcí a bezděčných komentářů při vyplňování vyplynulo, že se jim zdá dotazník dlouhý a otázky stejné. V mnoha případech se podivovaly nad tím, proč vůbec pokládám tyto otázky, když nevěří, že jejich odpovědi cokoli změní. Některé učitelky měly viditelné problémy s vyplňováním dotazníku, nahlas si stěžovaly, že nevědí, co mají napsat. Nejednou zazněly komentáře typu „*nad tím jsem nikdy nepřemýšlela*,“ nebo „*tohle jsem ještě nikdy neřešila*“. Úsměvy padly nad otázkami

⁹⁹ Relevance uvedení kraje příslušnosti respondentů je vysvětlena v oddíle 7.4.1 bod 3 viz níže.

zjišťujícími možnost učitelů stonat v pracovní neschopnosti a nad dotazy ohledně jejich volného času (konkrétně viz níže).

Vyplňování dotazníku nebylo časově omezeno. Každá učitelka měla tolik času, kolik potřebovala. Průměrný čas, za který učitelky dotazník vyplňovaly, byl 10 minut.

7.2.1 Výsledky dotazníkového šetření a jejich analýza

Dotazník obsahoval 16 otevřených otázek, z nichž 4 měly 2 podotázky. Každou otázku bylo nutné zpracovat vždy za celý soubor zvlášť, a to tak, že z odpovědí uvedených v dotaznících byly vytvořeny kategorie a byla spočítána četnost blízkých až shodných odpovědí v rámci každé kategorie¹⁰⁰. Zjištěné informace bylo třeba vztáhnout k teoretickým poznatkům a odpovědím na „příbuzné“ otázky, tedy ty, které umožňovaly vytvoření celkového obrazu o zkoumaném jevu, postoji či tendenci v chování.

U každé otázky je krátká interpretace zjištěných dat a podrobnější výklad rozpracovaný v samostatné části „*Shrnutí odpovědí na otázku* (číslo otázky)“. Pro větší přehlednost jsou vyhodnocované otázky dotazníku číslovány¹⁰¹ a výsledky šetření zpracovány rovněž ve formě grafů¹⁰², z nichž některé nabízejí srovnání zjištěných dat také v širším kontextu – buď mezi sebou navzájem v rámci praktické části, nebo vzhledem k teorii.

Pokud není uvedeno jinak, bylo zpracování dotazníkového šetření provedeno v podobě 1 respondentka = 1 odpověď, a to vždy z celkového počtu 60 učitelek. Pokud učitelky odpovídaly v některých otázkách víceslovně, nebo jejich odpověď korespondovala s více možnými kategoriemi, bylo vyhodnocení pojato z hlediska četnosti a formulace výskytu zjišťovaného jevu nebo analýzy byly zpracovány dle toho, kolikrát se v dotaznících objevily. Jsou-li výsledky převáděny na procenta, je tak činěno pro vizuální

¹⁰⁰ Pokud byla některá kategorie vytvořena citací odpovědi z dotazníku, je text odlišen uvozovkami. Rovněž odpovědi citované v textu diplomové práce odlišuje kurzíva a uvozovky.

¹⁰¹ Otázky v dotazníku nebyly původně číslovány z toho důvodu, aby číslování pedagogů nesvádělo k uvádění shodných odpovědí na odlišné otázky („*Co si představíte, když se řekne zdravá učitelka?*“ – „*Co pro Vás znamená být zdravá?*“).

¹⁰² Typy grafů byl zvoleny tak, aby co nejlépe znázorňovaly popisovaná data, jejich číslování a názvy odpovídají číslování a názvům otázek dotazníku.

představu a procentuální hodnoty nelze mezi sebou u různých otázek důsledně srovnávat¹⁰³. Pro přesnost jsou na některých místech procenta doplněna počtem odpovědí, které byly uvedeny v dotaznících: graficky zpracované odpovědi v procentech doplňuje text s uvedenými hodnotami absolutní četnosti, graficky zpracované odpovědi dle četnosti doplňuje text s procentuálním vyjádřením.

➤ 1. Co si představujete pod pojmem „zdraví“?

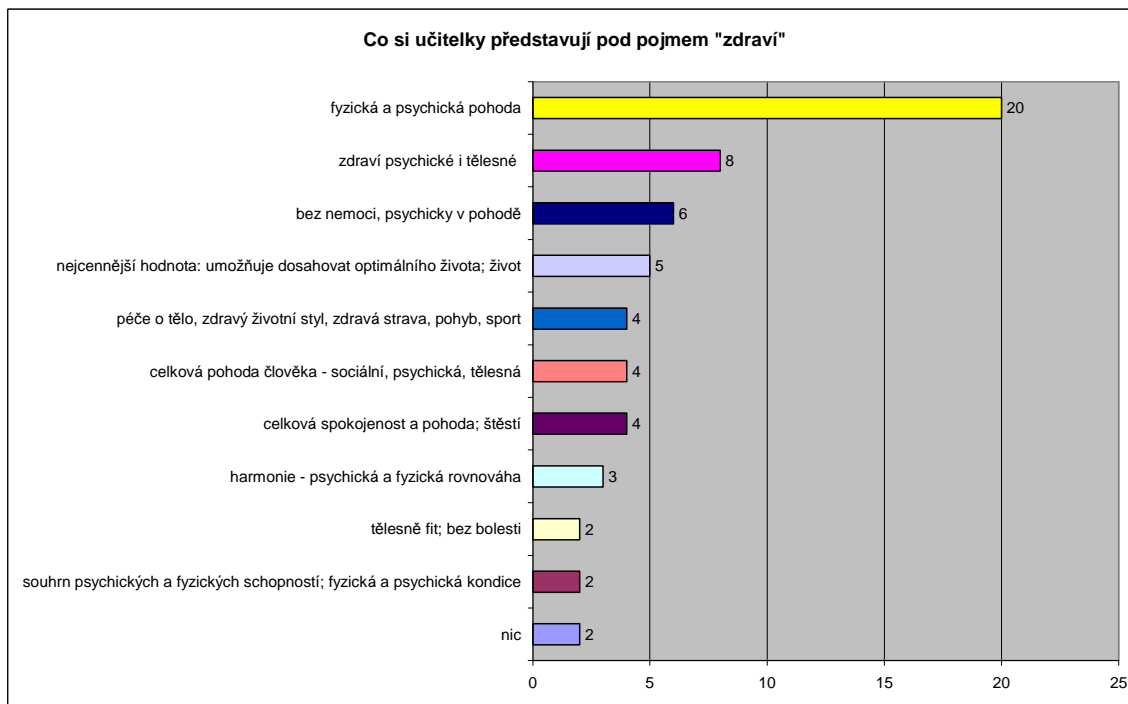
První otázka měla ukázat, co si učitelé myslí obecně o zdraví, jakým způsobem vnímají pojem zdraví, zda celostně, nebo jestli jej chápou spíše jednosměrně. Zdali si učitelé cení zdraví jako důležité hodnoty, či zda pro ně spíše zastupuje prostředek ke kvalitnímu životu.

V procentech jsou výsledky následující:

- 34% učitelek si představuje pod pojmem zdraví fyzickou a psychickou pohodu;
- 13% učitelek vnímá zdraví jako zdraví tělesné a psychické;
- 10% učitelek staví zdraví na roveň absenci nemoci a psychické pohodě;
- 8% učitelek považuje zdraví za prioritní hodnotu, která umožňuje dosahovat optimálního života, která znamená život;
- 7% učitelek vidí zdraví jako zdravý životní styl, péči o tělo, pohyb a sport;
- 7% učitelek hodnotí zdraví holisticky – jako celkovou pohodu člověka, tedy pohodu nejen psychickou a fyzickou, ale i sociální;
- 5% učitelek spatřuje ve zdraví určitou harmonii – psychickou a fyzickou rovnováhu;
- 3% učitelek si vykládá zdraví jako absenci bolesti, je-li tělesně fit;
- 3% učitelek chápe zdraví jako souhrn psychických a fyzických schopností, jsou-li v psychické a fyzické kondici a
- 3% učitelek pojem zdraví nedefinuje.

¹⁰³ Při dělení výzkumného souboru na různé početné skupiny se převod těchto skupin na procenta liší – např. 6 odpovědí ze 60 = 10% (graf 1, 2) , ovšem 6 odpovědí z 54 = 14% (graf 6).

Graf č. 1: Co si představujete pod pojmem zdraví?



Shrnutí odpovědí na otázku 1

Pokud zjištěné výsledky zobecníme, můžeme říct, že se názory učitelky na zdraví pohybovaly na škále mezi absencí nemoci resp. fyzickým zdravím na jedné straně a všeobecnou „pohodou“ resp. psychickým zdravím na straně druhé. Velmi zajímavé je zjištění, že pouze 4 učitelky zahrnuly do složky zdraví kromě stránky psychické a fyzické, také aspekt *sociální*. Tedy 20 učitelky (jedna třetina dotázaných) sociální hledisko pominulo a v definici pojmu zdraví uvedlo pouze hledisko duševní a tělesné. Kladně lze hodnotit závěr, kdy pouze 2 učitelky zdraví definovaly jako stav bez nemoci, bolesti, jako tělesnou zdatnost, což vypovídá o posunu ve vnímání zdraví směrem k holistickému pojetí.

➤ **2. Co si představíte, když se řekne „zdravá učitelka“?**

Smyslem **druhé otázky** bylo dát učitelům možnost vymezit obecně „*zdravého uče*tele“ – popsat, co obecně charakterizuje zdravého učetele. Výsledkem byl souhrn vlastností, které by měl „zdravý učitel“ splňovat. V číslech a procentuálním zastoupení vyšly kategorie následovně:

45% dotázaných vidí „zdravou učitelku“ jako „*učitelku, která je pozitivní nejen svým projevem k sobě, ale i k ostatním*“, bez problému, lidská, empatická, usměvavá, plná energie, optimistická, spokojená, vitální, pozitivně naladěná bez pocitu vyhoření, trpělivá, svěží, fit, v kondici, s chutí do všeho nepoznaného, zvládající stres, poctivá, mravná, nezkažená – 27 respondentů za hlavní považuje, aby byla zdravá učitelka *vyrovnanou všestrannou osobností*;

20% učitelek vnímá u „zdravé učitelky“ jako zásadní její podporu zdravého životního stylu, sportovní založení a nekuřáctví – z 12 učitelek navíc 2 uvedly jako důležitý fakt, aby byla „zdravá učitelka“ vzorem pro děti, 1 považovala za podstatné, aby taková učitelka neměla komunikační bariéry a 2 respondentky tuto kategorii obohatily o charakteristiku „zdravé učitelky“ jako té, která podporuje zdraví ve všech jeho aspektech;

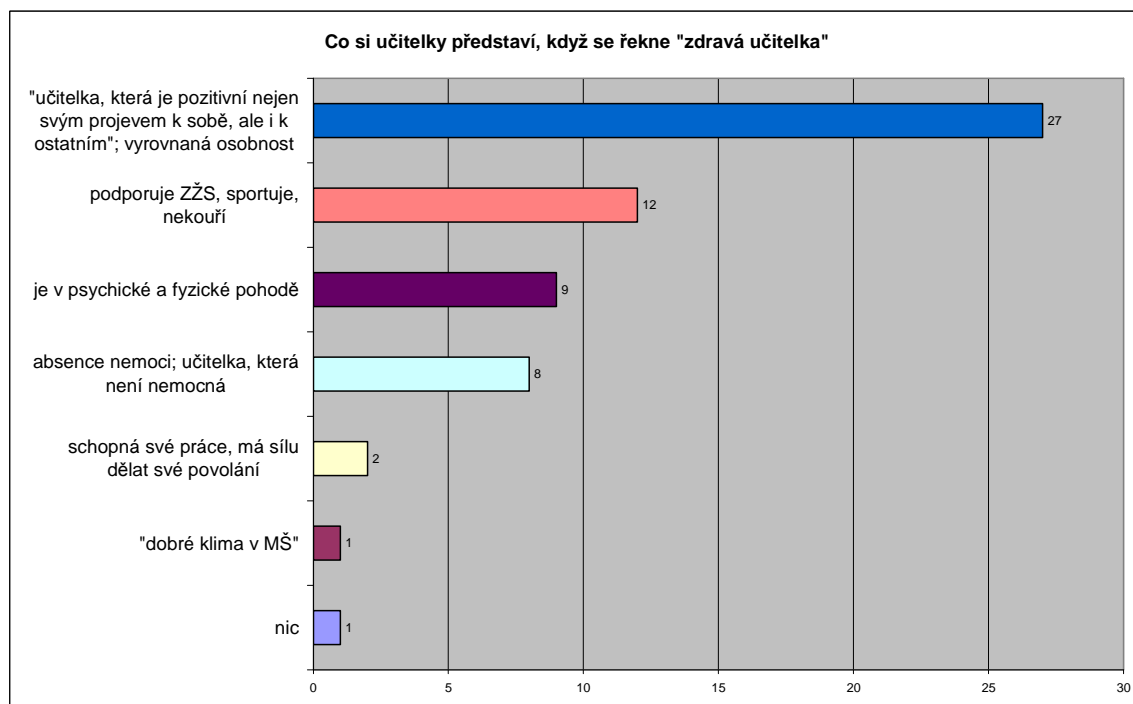
15% učitelek hodnotí „zdravou učitelku“ jako učitelku v psychické a fyzické pohodě – 1 učitelka z 9 měla na mysli holistické pojetí, tedy včetně stránky sociální;

13% pedagogů definuje „zdravou učitelku“ jako tu, která není nemocná – 1 učitelka z 8 uvedla, že absence nemoci předpokládá také absenci handicapu;

3% pedagogů si představuje „zdravou učitelku“ jako schopnou své práce, která má sílu dělat své povolání;

zbývající 4% tvořily 2 výpovědi – v jedné z nich „zdravé učitelce“ odpovídá „*dobré klima v MŠ*“ a v druhé jí neodpovídá „*nic*“.

Graf č. 2: Co si představíte, když se řekne „zdravá učitelka“?



Shrnutí odpovědí na otázku 2

Podíváme-li se na získaná data souhrnně, zjistíme, že 13% všech učitelek vymezuje „zdravou učitelku“ z negativního úhlu pohledu – popisem toho, jaká taková učitelka *nemá* být. 87% vnímá za důležité kladné vlastnosti a u „zdravé učitelky“ jmenuje, jaká být *má*. Zajímavá je nejpočetnější skupina shodných odpovědí (45%) – z níž bylo možné získat poměrně detailní profil konkrétních vlastností *ideální* a tedy i „zdravé“ učitelky.

➤ 3. Myslíte si, že je práce učitele MŠ zdravotně náročná? Jestliže ano, v čem?

Třetí otázka byla zaměřena na hodnocení zdravotní náročnosti učitelského povolání s požadavkem na uvedení „v čem je práce učitele MŠ náročná“. 50 respondentek odznačilo profesi jako náročnou, 10 ji za takovou nepovažuje – polovina uvádí důvody svého tvrzení: povolání není obtížné ve „zdravé“ škole, pro zdravého a vyrovnaného člověka, u učitelky bez zdravotních resp. tělesných omezení.

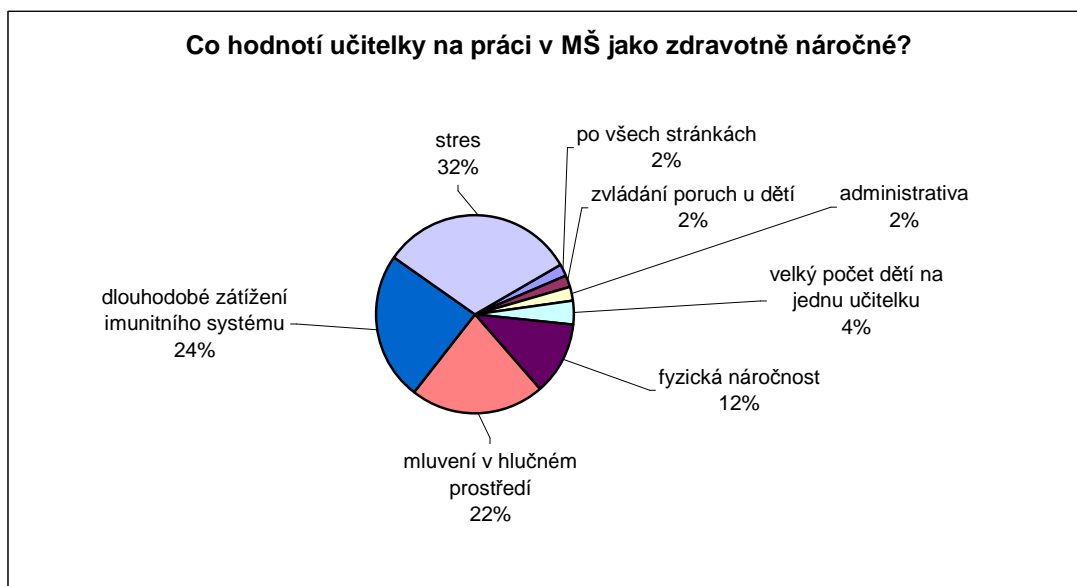
Konkretizace zdravotní náročnosti dopadla následovně:

16 účastnic šetření uvedlo za nejhorší stres a projevy povolání, které stres způsobují – konflikty s rodiči; nonstop soustředění; strach o bezpečnost dětí; malou motivaci k práci; emoční náročnost; vypětí; 12 učitelek jmenovalo problémy související s nemocností – stálý kontakt s onemocněními resp. ohrožení nákazami od dětí (8 odpovědí); dlouhodobou zátěž imunitního systému a přecházení nemoci; 11 jich označilo za zdravotně náročné zvládání kombinace mluvení (6 odpovědí) a nadměrného hluku (4 odpovědi), a to v prostředí, kde jsou „*potřeby učitele na nule*“; 6 učitelek uvedlo vysoké nároky povolání na pohyblivost – zvedání dětí (popř. lehátek) a snižování polohy; 2 odpovědi se týkaly velkého počtu dětí ve třídě; 1 učitelka označila za těžké jednání s dětmi, které mají nějakou poruchu; 1 učitelka spatřuje problém v administrativě a 1 respondentka shledává povolání náročné po všech stránkách.

Graf č. 3a : Myslíte si, že je práce učitele MŠ zdravotně náročná?



Graf č. 3b: V čem myslíte , že je práce učitele MŠ zdravotně náročná?



Shrnutí odpovědí na otázku 3

Na tomto vzorku odpovědí vidíme větší soustředěnost na fyzické zdraví a hledisko fyzické náročnosti profese, než se nám odkrylo v odpovědích na dvě předchozí otázky. Navíc 2 učitelky z výše zmíněných 10 odpověděly, že „*práce není náročná zdravotně, spíše psychicky*“. Zde je jasné pominutí psychického aspektu jako nezbytné součásti komplexnosti „zdraví“. Přitom podíváme-li se na získaná data, 26% respondentek práci učitele MŠ shledává náročnou právě psychicky. 22% učitelek si uvědomuje propojení zdravotního a psychického ohrožení¹⁰⁴, stejné procento označuje práci jako náročnou po stránce psychické a fyzické. 8% učitelek považuje za nejnáročnější zvládání nároků, které jsou na ně kladeny a učitelskou profesi hodnotí jako velmi náročnou. Pouze 5% učitelek označilo za zásadní hledisko fyzické náročnosti.

¹⁰⁴ Zde je zajímavé použití slova „zdravotní“, které je chápáno ve smyslu „fyzické“ (ohrožení).

Pro srovnání s dalšími vyhodnocenými daty si všimněme, kolik učitelek již při dotazu na náročnost povolání uvádí jako problém stres, zatížení imunitního systému, hluk, fyzickou náročnost a velký počet dětí ve třídě.¹⁰⁵

V tomto kontextu je vhodné zmínit odlišná zjištění, která přinesl výzkum u učitelek MŠ, oproti šetření u učitelů ZŠ (Řehulka, Řehulková in Průcha, 2002, s. 66). Zatímco učitelé základních škol nehodnotili svou profesi jako nadprůměrně fyzicky zátěžovou, učitelky mateřských škol ji za fyzicky zátěžovou považují (26%), což je srovnatelné s hodnocením psychické zátěže (26%). Jsou to 2 nejvyšší hodnoty (viz graf č. 3a).

➤ **4. Myslíte si, že má profese učitele vliv na jeho zdraví? Pokud ano:**

a) co byste řekla, že má z profese učitele pozitivní vliv na zdraví?

b) co byste řekla, že má z profese učitele negativní vliv na zdraví?

Čtvrtá otázka se v obecné rovině přesunula od „*zdravotní náročnosti*“ práce k řešení pozitivního a negativního *vlivu*, který má *profese učitele na zdraví*. Měla dvě podotázky, zaměřující se na hledání pozitivních a negativních vlivů na zdraví.

95% učitelek si myslí, že profese učitele MŠ má vliv na zdraví, 5% se domnívá, že profese na zdraví vliv nemá¹⁰⁶.

4 a) Obecně konkretizované pozitivní vlivy se vyskytly v následující četnosti:

39 výpovědí se týkalo pohybu (zejména sportovních a pohybových aktivit, konkrétně vycházek a pobytu venku), objevil se zde i kladně hodnocený „*nesedavý typ zaměstnání*“; 21 výpovědí zdůrazňovalo „*radost z práce s dětmi*“, která přináší „*pozitivní energii od dětí*“ a „*nabíjení*“ (zde 2 respondentky konkretizovaly pozitivní přínos pro své zdraví jako „*výsledky u dětí*“, 2 odpovědi zahrnovaly „*úspěšný den v MŠ*“); 13krát byla za pozitivní označena životospráva (7krát se objevila „*zdravá strava*“);

¹⁰⁵ J. Vinay (2007) přitom uvádí, že mezi významné negativní účinky hluku patří narušování komunikace. Navíc obtíže s komunikací a porozuměním řeči vedou k problémům v mezilidských vztazích, ke snížení pracovní kapacity, k nejistotě a ke zvýšenému množství stresových reakcí.

¹⁰⁶ Ze 3 záporných odpovědí však jedna zůstala nevyplněna, jedna nebyla konkretizována a třetí obsahovala dovětek: „*pozitivním vlivem je posílení imunity*“.

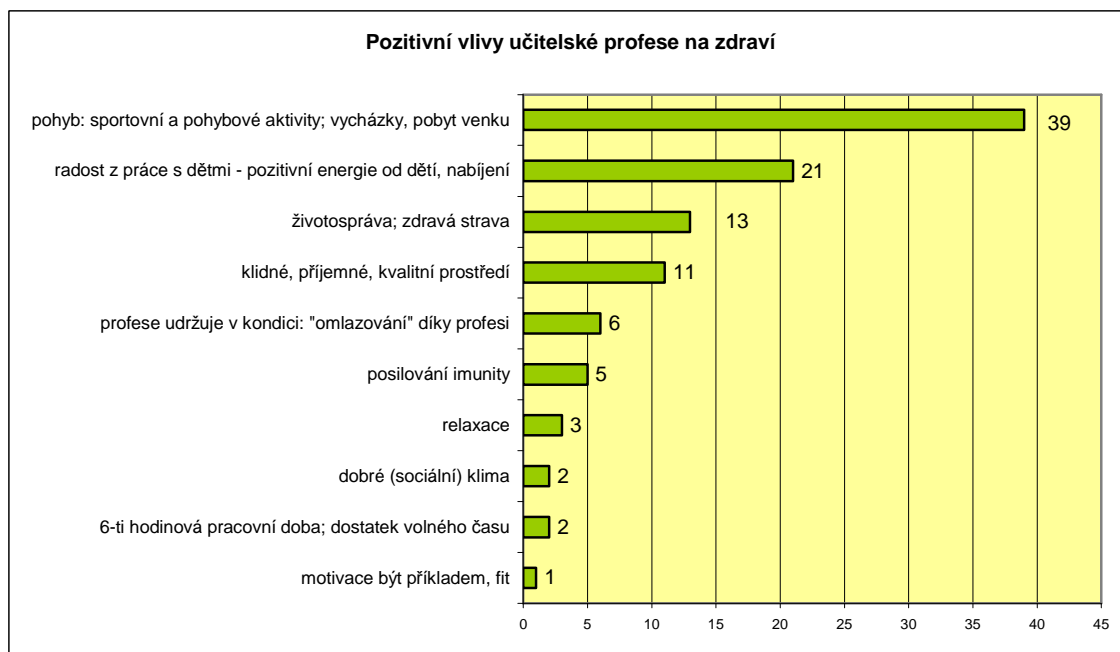
11 sdělení kladně hodnotilo klidné, příjemné a kvalitní prostředí;

6krát učitelky uvedly, že profese udržuje v kondici, cvičí paměť a myšlení, neustálým vzděláváním se „tříbí mysl“;

5 výpovědí souviselo s posilováním imunity – vysvětlení byla buď obecná (imunita se posiluje „jejím zatěžováním“, učitelka si postupně pěstuje „větší odolnost vůči nemocem“) nebo uváděla preventivní prostředky (1krát saunu, 2krát solnou jeskyni);

3krát byla zmíněna relaxace (z toho 1 odpočinek); 2krát dobré (sociální) klima resp. dobrý kolektiv; 2krát 6-ti hodinová pracovní doba a dostatek volného času; 1krát motivace být příkladem, být fit.

Graf č. 4a: Co byste řekla, že má z profese učitele pozitivní vliv na zdraví?



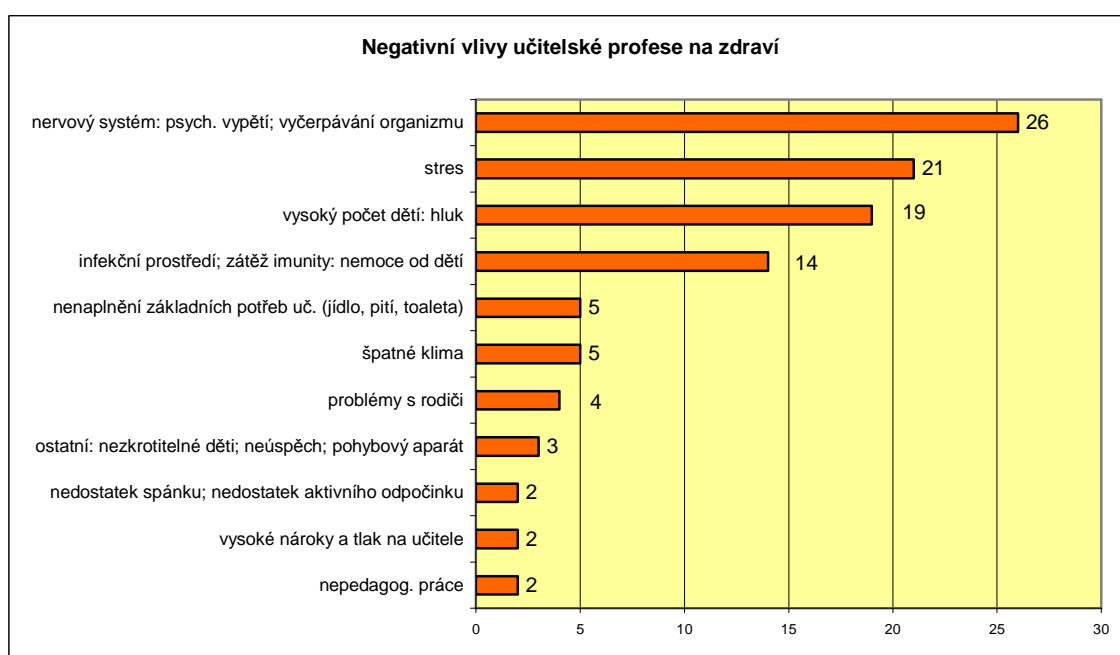
4 b) Obecně konkretizované negativní vlivy se vyskytly v následující četnosti:

26 výpovědí označilo za ohrožený nervový systém – 20krát učitelky uvedly „psychické vypětí“, zejména emoční vyčerpání; 1krát se objevilo „absolutní vyčerpání - koma“;

21krát učitelky uvedly stres – stres z rodičů a starších kolegyně, stres ze špatných platových podmínek, kontrol při práci a vysoké zodpovědnosti včetně zdraví dětí, a obecně stresové

situace; 19 postřehů určilo za nepříznivý vliv vysoký počet dětí ve třídě (6) a s tím související hluk (12) a ohrožené hlasivky; 14krát učitelky jmenovaly ohrožení imunity a zdraví nákazami od dětí (11), špatnou hygienou; 5krát se vyskytlo nenaplnění základních lidských potřeb – jídlo, pití, toaleta; 5 výpovědí se týkalo špatného (sociálního) klimatu – špatného pracovního kolektivu (2), jednou byl dokonce uveden bossing; 4krát byly za ohrožující označeny problémy s rodiči; 2krát byl zmíněn nedostatek spánku a aktivního odpočinku; 2 výpovědi uvedly jako rizikové vysoké nároky a tlak na učitelky (včetně mimoškolních aktivit!); 2 jmenovaly nepedagogickou práci a po jedné výpovědi byl označen jako problém neúspěch, přetížený pohybový aparát a „nezkrotitelné děti“.

Graf č. 4b: Co byste řekla, že má z profese učitele negativní vliv na zdraví



Shrnutí odpovědí na otázku 4

Záměrem této (a předchozí otázky) bylo zjistit, jaké nacházejí obecně platné rysy učitelské profese, jež ovlivňují zdraví. Cílem bylo vytipovat ty vlivy na zdraví (pozitivní i negativní), které mají jakýsi „přesah“, jsou charakteristické pro povolání jako takové, nikoli

pouze pro mne, jako jednoho učitele. Jde o uvažování nad tím, co z kladů či záporů potkává učitele bez ohledu na věk, vzdělání, délku praxe atd..

Celková četnost všech „pozitivních vlivů“ činí součet 103 odpovědí, celková četnost všech „negativních vlivů“ činí také součet 103 odpovědí – učitelky ve velké míře uváděly více jak jeden příklad vlivu. Dle srovnání získaných dat se dá říci, že subjektivním hodnocením učitelky nacházejí stejné množství kladů i záporů z hlediska charakteristických rysů jejich učitelské profese, které mají vliv na zdraví.

➤ 5. Co pro Vás znamená „být zdravá“?

Pátá otázka se zdánlivě podobala otázce druhé. Zatímco v prvním případě zněla: „*Co si představíte, když se řekne zdravá učitelka?*“, v druhém případě se otázka obracela konkrétní formulací (viz výše) na samotné učitelky.

Pro nejpočetnější skupinu 25 učitelek je synonymem „zdraví“ stav, kdy jsou ve „*fyzické a psychické pohodě*“. Z této skupiny se 16 odpovědí shodovalo s odpověďmi na 2. otázku, odlišně odpovědělo 9 učitelek.

Druhou nejčastější odpovědí byl výrok, kdy „být zdravá“ znamená pro 10 učitelek to samé jako „*nebýt nemocná*“ a „*cítit se fajn*“. Zde se s odpověďmi na 2. otázku shodovaly 2 odpovědi a 8 nikoli.

9 učitelek uvedlo, že pro ně subjektivní zdraví reprezentuje stav blíže nespecifikované pohody. V tomto případě jsem zaznamenala jednu třetinu souhlasných odpovědí s 2. otázkou a dvě třetiny nesouhlasných.

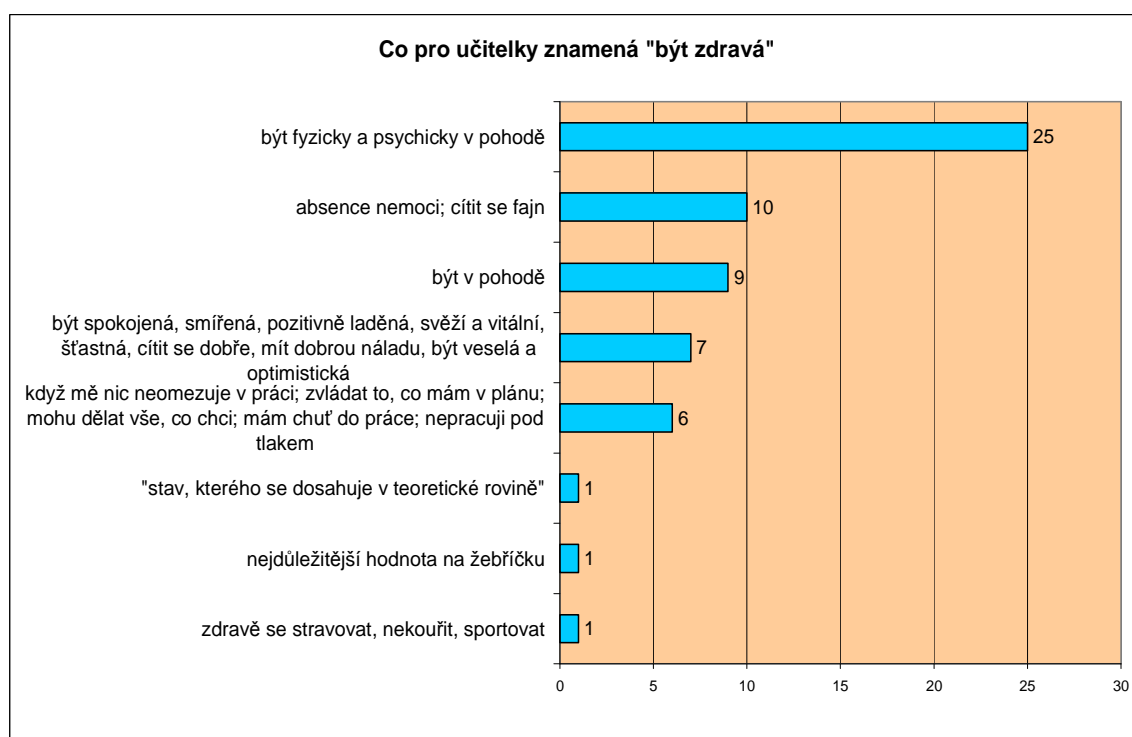
7 učitelkám se vybaví v souvislosti s vlastním zdravím spokojenost, smířenost, pozitivní naladění, stav dobré nálady, stav, kdy se dobře cítí, jsou šťastné, svěží a vitální, Veselé a optimistické. Žádná respondentka necharakterizuje „zdravou učitelku“ stejnými slovy. 3 ze 7 odpovědí se v 2. otázce shodly, že „zdravá učitelka“ je ta, která vykazuje atributy zdraví.

Pro 6 učitelek asociuje spojení „být zdravá“ nulové vnější i vnitřní omezení v práci – vlastní profesní svobodu, volnost („*zvládat to, co mám v plánu*“, „*když mohu dělat vše, co chci*“, „*když nepracuji pod tlakem*“, „*když mám chuť do práce*“). Jedna z odpovědí se

shodovala s výroky v odpovědi na 2. otázku, 5 odpovědí se lišilo, z nichž 4 uvedly duševní a fyzickou pohodu jako charakteristické pro „zdravou učitelku“.

3 odpovědi se vyskytovaly v jediném zastoupení: „být zdravá“ je nejdůležitější hodnota na hodnotovém žebříčku; „být zdravá“ znamená zdravě se stravovat, nekouřit a sportovat; „být zdravá“ je „stav, kterého se dosahuje v teoretické rovině“.

Graf č. 5: Co pro Vás znamená „být zdravá“?



Shrnutí odpovědí na otázku 5

Jak ukazuje zkušenost, pokud má člověk příležitost definovat zdraví v intencích svých představ o profesní vybavenosti, činí tak snáze oproti situaci, kdy má popisovat sám

sebe. Obava, budou dotazované shodně odpovídat na první i pátou otázku¹⁰⁷ se potvrdila jen částečně. Shodu jsem sice zaznamenala u 38% učitelek (23 odpovědí), 62% jich však svoji odpověď konkretizovalo a zejména subjektivizovalo ve vztahu ke svému vlastnímu zdraví, což bylo cílem dotazníku.

➤ 6. Míváte nějaké opakované zdravotní problémy?

Šestá otázka byla první z triády otázek, zjišťujících vztah nemocnosti učitelů, vlivu učitelské profese na nemocnost (ot. č. 7) a skutečné nemocnosti (ot. č. 8). Cílem 6. otázky bylo zjistit, jakými *nejčastějšími opakovanými zdravotními problémy* učitelé trpí.

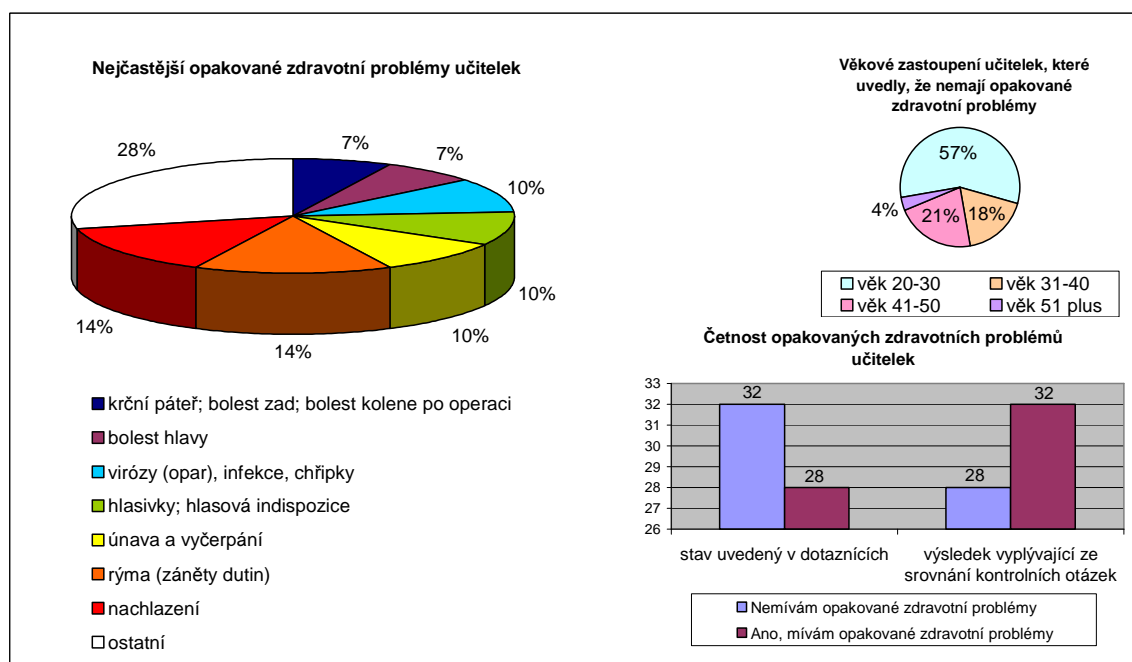
Z odpovědí vyplynuly 2 skupiny: 28 učitelek uvedlo, že mívá opakované zdravotní problémy; 32 jich konstatovalo, že takové problémy nemívá. Při pohledu na skupinu záporných odpovědí jsem však našla ve 4 odpovědích rozpor. Učitelky sice napsaly, že opakované zdravotní problémy nemívají, svůj výrok však doplnily konstatováním: „*pouze rýmu*“ (ve třech případech) a: „*pouze chrapot*“ (v jednom případě). Shodneme-li se na tom, že rýmu a chrapot lze považovat za zdravotní problémy (zvláště v případě, kdy se nevyskytují ojediněle), získáme výsledek 28 učitelek bez opakovaných zdravotních problémů a 32 učitelek s problémy. Podrobnější rozbor skupiny „čistých“ záporných odpovědí pod úhlem věkového zastoupení respondentů v této skupině nám navíc ukazuje, že 57% učitelek je ve věku 20-30 let, 18% ve věku 31-40 let, 21% ve věku 41-50 let a 4% učitelek ve stáří 51 a více let. Lze vyslovit závěr, že hledisko stáří respondentů je rozhodující a nelze jej pominout, jakožto významotvorný determinant.

Mezi nejčastější opakované zdravotní problémy učitelky řadily: nachlazení (14%), rýmu včetně zánětů dutin (14%), únavu a vyčerpání (10%), hlasovou indispozici a problémy s hlasivkami (10%), virózy, infekce, chřipky (10%), bolest hlavy (7%) a bolesti pohybového aparátu (7%). Mezi 12% zdravotních problémů dále uvedly: urologické potíže včetně zánětů ledvin; respirační choroby včetně laryngitidy; bolesti v krku včetně nálezů streptokoků; alergie; střevní chřipky; ekzém; spánkový neklid; oční potíže a hypertenzi.

¹⁰⁷ Otázka č. 2: „Co si představíte, když se řekne zdravá učitelka?“ a otázka č. 5: „Co pro Vás znamená být zdravá?“

Více informací o tom, jak učitelky vnímají podstatu svých zdravotních problémů přinesla následující otázka (č. 7).

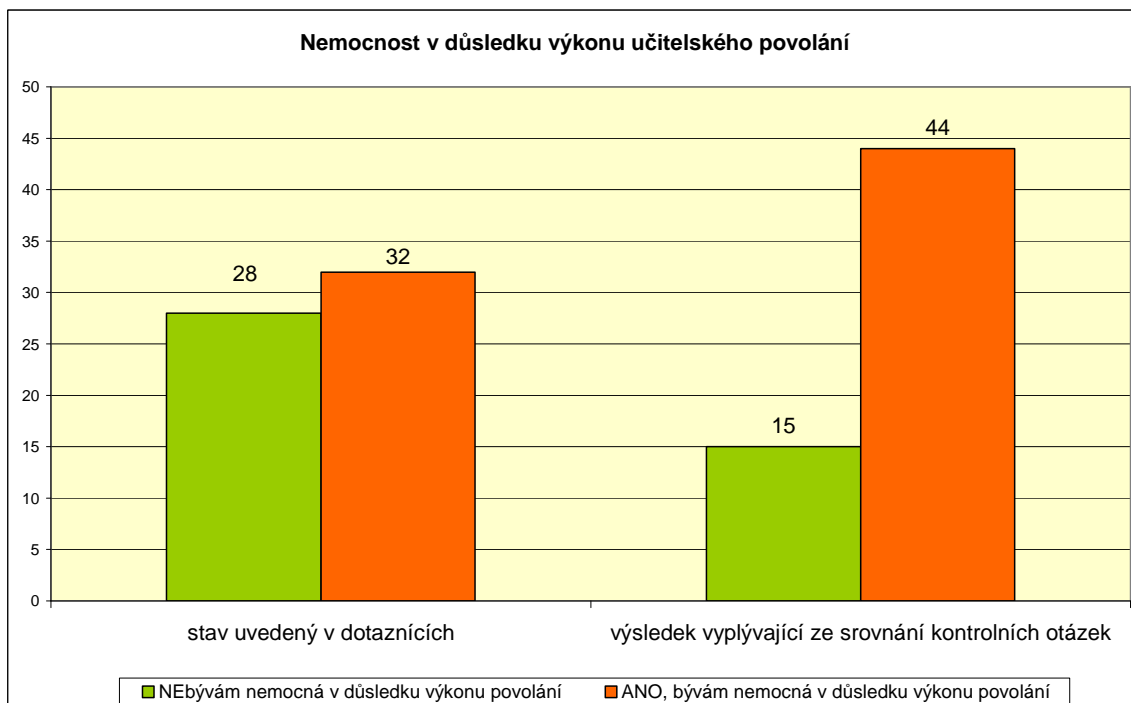
Graf č. 6: Míváte nějaké opakované zdravotní problémy?



➤ 7. Býváte někdy nemocná v důsledku výkonu Vašeho povolání?

Cílem **sedmé otázky** bylo zjistit, jak učitelé vyhodnocují svoji nemocnost v souvislosti s výkonem povolání. Zde se stav uvedený v dotaznících a výsledky vyplývající ze srovnání kontrolních otázek lišily daleko významněji, než tomu bylo v případě šesté otázky. Zatímco nemocnost jako konsekvenci povolání připustilo 32 učitelek, jejich výsledný počet se porovnáním odpovědí na otázky 6-8 zvýšil na 44 (viz níže graf č. 7).

Graf č. 7: Býváte někdy nemocná v důsledku výkonu Vašeho povolání?

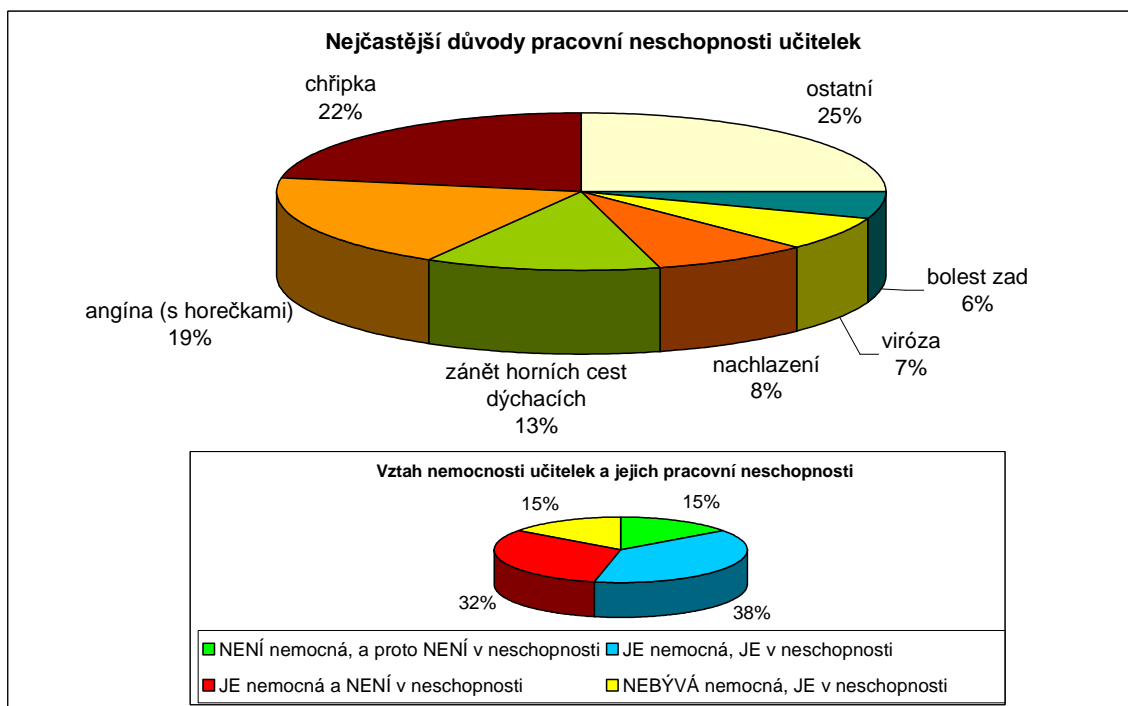


➤ **8. Co je nejčastějším důvodem Vaší pracovní neschopnosti?**

Poslední z trojice otázek po *nejčastějších důvodech pracovní neschopnosti učitelů* byla **osmá otázka**.

Mezi nejčastější důvody pracovní neschopnosti patří: chřipka (16), angína s horečkami (14), zánět horních cest dýchacích (9), nachlazení (6), virózy (5), bolesti zad (4), studium (2), střevní infekce (2), problémy s ledvinami a urologické potíže (2), nemoc vlastních dětí (2), náhlé onemocnění (2), hlasová indispozice (2), zápal plic (1), reprodukční problémy (1), zranění (1), hypertenze (1), žaludeční problémy (1), žlučník (1).

Graf č. 8: Co je nejčastějším důvodem Vaší pracovní neschopnosti?



Shrnutí odpovědí na otázky 6, 7 a 8

Pokud bych měla shrnout odpovědi na provázané otázky 6-8, musím konstatovat, že učitelky si sice uvědomují, že pracují v prostředí, kde se vyskytují rizika ohrožující jejich zdraví (souzeno na základě odpovědí na otázku 3), je však pro ně těžké popsat konkrétní důsledky, plynoucí z těchto rizik, nebo tato rizika odlišit od příčin, které jsou zakotveny v jejich profesi. Ještě těžší je pro ně vyhodnotit projev (zejména) negativního působení na zdraví jako důsledek vykonávání učitelské profese.

Na základě porovnání odpovědí na všechny tři otázky bylo možné vytvořit 4 skupiny učitelů, popisujících specifický vztah mezi jejich nemocnostmi a pracovní neschopností:

- nejpočetnější byla skupina 23 učitelů, které se léčily v pracovní neschopnosti; shodně uvedly, že všechny byly v pracovní neschopnosti v důsledku výkonu učitelského povolání;

- druhou, početně nejvíce zastoupenou, skupinu tvořilo 19 učitelek, které chodí do práce nemocné:
 - pro 8 z nich nejsou opakované zdravotní problémy, ani onemocnění v důsledku výkonu učitelského povolání důvodem pracovní neschopnosti;
 - 11 z nich není v neschopnosti nikdy, přestože uvedly kladnou odpověď na otázku 6 nebo 7 a mají tedy k pracovní neschopnosti důvody¹⁰⁸;
- třetí skupinu tvořilo 9 učitelek, které nebývají nemocné – nemívají opakované zdravotní problémy, ani nebývají nemocné v důsledku výkonu povolání – ale bývají v neschopnosti z důvodu výjimečných nemocí (operace, úrazy), z jiných důvodů (nemoc vlastních dětí, studium) a také v případech, že u sebe zaznamenají nemoc (např. virózu nebo nachlazení);
- čtvrtá skupina je stejně početná jako předchozí skupina – 9 učitelek nebývá nemocných, a proto nebývá v neschopnosti.

Z porovnání odpovědí je možné dále zjistit, že 32 učitelek bývá nemocných čistě v důsledku výkonu učitelského povolání (3 učitelky nemocnost v důsledku povolání nespecifikují):

- 9 učitelek uvedlo, že nemají opakované zdravotní problémy, ale bývají nemocné v důsledku výkonu povolání (trpí chřipkami – 4, virózami od dětí – 2, nachlazením – 2, angínami – 2, rýmou a chrapotem – 1 a infekcemi horních cest dýchacích – 1);
- 14 učitelek uvedlo shodnou odpověď v 6. a 7. otázce, což znamená, že trpí opakovanými zdravotními problémy v důsledku výkonu učitelského povolání;
- 6 učitelek uvedlo „vlastní“ opakované zdravotní problémy a k tomu ještě odlišné nemoci, jimiž trpí v důsledku výkonu učitelské profese. Nejčastějšími zdravotními problémy jsou nachlazení, chřipky a virózy.

¹⁰⁸ Učitelky uvedly následující zdůvodnění: „nebývám neschopná – musím vydělávat“, „beru si 1-2 dny ŘD nejdu na PN“, „nemám čas být nemocná“, „jsem nemocná občas – jen nachlazení“.

Zajímavá je úvaha nad povahou důvodů pracovní neschopnosti. Je překvapivé, že učitelky nepovažují za nemoc resp. důsledek povolání: chřipku od dětí, chrapot, problémy s krční páteří, rýmu a bolest hlavy, záněty dutin nebo fakt, že „*hůř slyším díky hluku*“. Vztah výkonu povolání a zdravotních problémů učitelky nehledají ani u: bolestí zad, ztráty hlasu, spánkového neklidu, unavených hlasivek nebo hypertenze.

Když se podíváme na procentuální zastoupení nemocí v grafu č. 6 a 8, porovnáme tyto výsledky s grafem č. 3b) a přehledem příznaků stresu J. Křivohlavého (příloha č. 3), můžeme dojít k následujícím souvislostem:

- 32% učitelek uvádí jako příčinu zdravotní náročnosti učitelské profese *stres*, přičemž souvislost se stresem mohou mít bolesti pohybového aparátu, bolesti hlavy, pocity únavy; učitelky tyto obtíže uvádějí jako nejčastěji opakované zdravotní problémy (22% z celkového počtu uvedených zdravotních stesků);
- 24% učitelek uvádí jako příčinu zdravotní náročnosti učitelské profese *dlouhodobé zatížení imunitního systému*, přičemž mezi nejčastějšími opakovanými zdravotními problémy učitelek najdeme virózy, infekce, chřipky, nachlazení a rýmu (38% z celkového počtu uvedených zdravotních stesků);
- 22% učitelek uvádí jako příčinu zdravotní náročnosti učitelské profese *mluvení v hlučném prostředí* a mezi nejčastějšími opakovanými zdravotními problémy učitelek najdeme problémy s hlasivkami, hlasovou indispozici (10% z celkového počtu uvedených zdravotních stesků).

Na základě 20 typů opakovaných zdravotních problémů, které učitelky uvedly, lze předpokládat, že jejich příčina pramení v pedagogické profesi, a to i v těch případech, kdy souvislost neudaly. Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dlouhodobé zatížení imunitního systému nekoreluje se stresem.

➤ 9. Co je zdravotním limitem pro výkon Vašeho učitelského povolání?

a) co z hlediska zdraví omezuje Váš výkon?

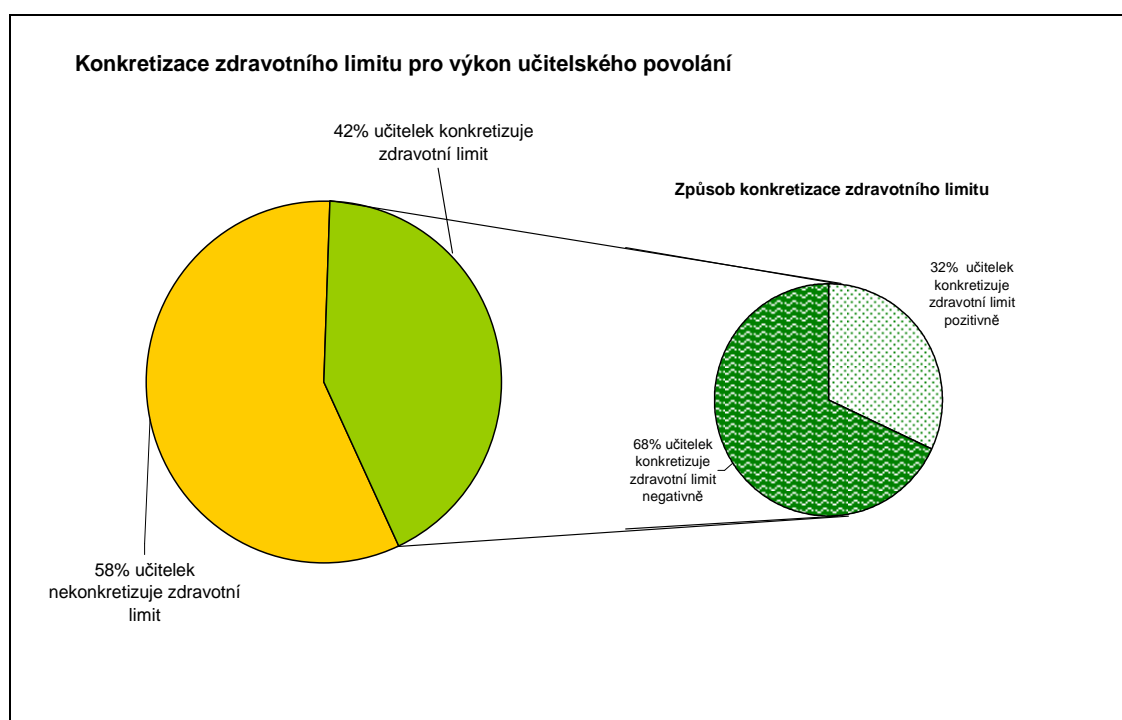
b) co z hlediska zdraví zcela znemožňuje Váš výkon?

Otázka devět doplnila odpovědi na otázky z předchozí trojice – učitelé měli definovat *zdravotní limit* pro výkon svého povolání, konkrétně *co z hlediska zdraví omezuje*

jejich výkon a co z hlediska zdraví zcela znemožňuje jejich výkon. Kam až jsou ochotni zajít při snášení zdravotní nepohody a co je pro ně již z hlediska schopnosti pracovat nepřekonatelné. Ačkoli nebylo záměrem dotazníku, aby učitelé konkretizovali zdravotní limit, přesto 25 učitelek zdravotní limit uvedlo. Detailnější rozbor ukazuje, že zatímco 58% učitelek přešlo rovnou na návazné otázky, 42% učitelek cítilo potřebu vyjádřit se obecně k omezení, která nacházejí pro výkon učitelského povolání. 8 učitelek (32%) definovalo mezní stav pozitivně; 17 učitelek (68%) negativně.

Za optimální považují učitelky skutečnost, kdy jsou *psychicky a fyzicky v pohodě* (3), těší se *duševnímu zdraví* (2) a *fyzické kondici* (3). Naopak za nevyhovující považují stav, kdy jsou vystaveny *horečce* (6), jakékoli *nemoci* (3), *ztratí hlas* (2). Obecné překážky pro výkon profese vidí ve *zdravotním postižení* učitele, překročení únosné *hranice hluku* a jakémkoli *znemožnění práce* z vnějších příčin.

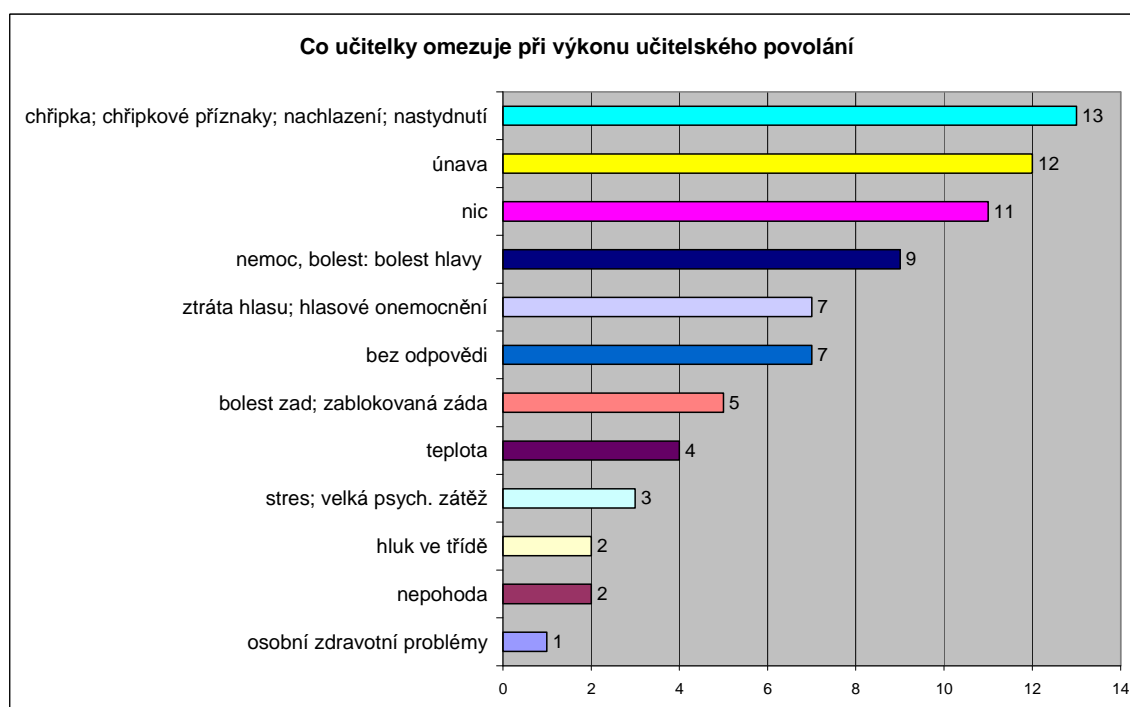
Graf č. 9 Co je zdravotním limitem pro výkon Vašeho učitelského povolání?



9a) Za jakých podmínek dochází u učitelů k omezení jejich pracovního výkonu?

13 učitelek označilo za omezující chřipku, chřipkové příznaky, nachlazení a nastudnutí (dotazované uváděly rovněž náklady od dětí a zdůrazňovaly fakt, že stačí, „pokud se člověk necítí zdrav“). 13 učitelek považuje za omezující únavu (z toho jedna uvádí nesoustředěnost), 11 učitelek neomezuje nic. 9 jich uvedlo bolest hlavy, z toho jedna určila příčinu v nedodržování pitného režimu. 7 učitelek v práci omezuje ztráta hlasu či hlasové onemocnění (1 respondentka uvedla silnou bolest v krku). Stejný počet učitelek nepodal žádnou odpověď. 5 výpovědí se týkalo bolesti zad a zhoršeného stavu pohybového ústrojí. 4krát byla mezi odpověďmi teplota, 3krát stres a velká psychická zátěž, 2krát hluk ve třídě a nepohoda, 1krát osobní zdravotní problémy.¹⁰⁹

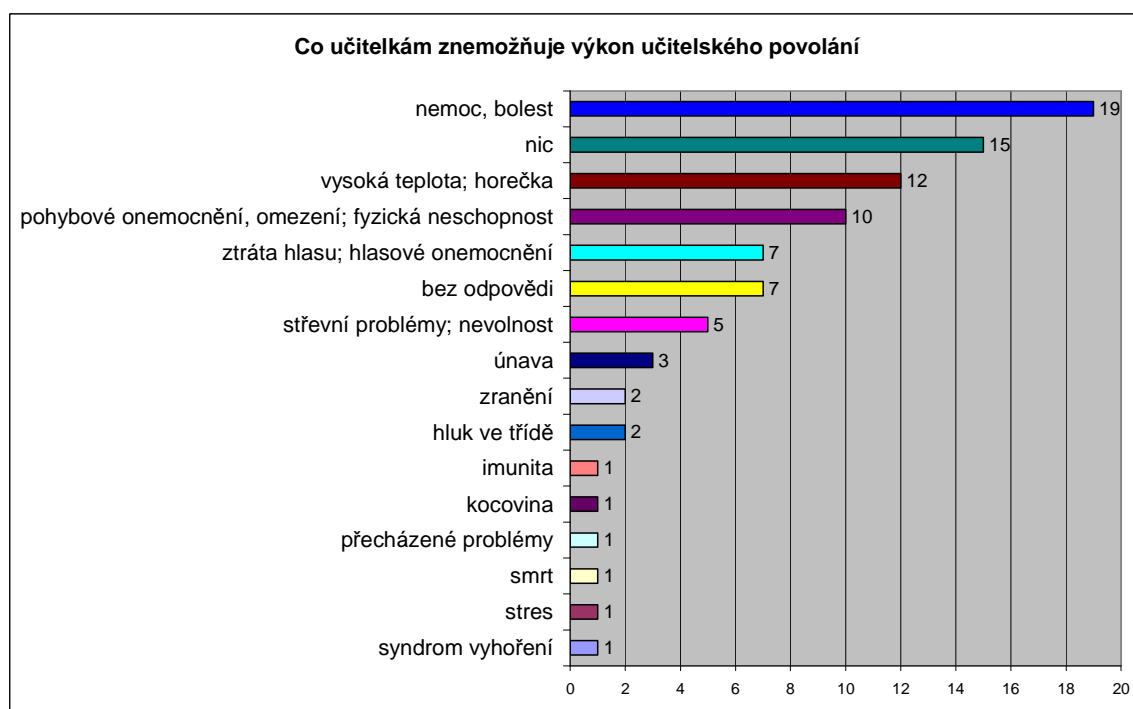
Graf č. 9a: Co z hlediska zdraví omezuje Váš výkon?



¹⁰⁹ 1 uvedená odpověď nesouvisela s otázkou – „nedostatek peněz na mé sportovní vyžití“ nelze považovat za zdravotní omezení pro výkon profese.

9b) Jak lze soudit z odpovědí na zdravotní příčiny *znemožňující* učitelům výkon jejich povolání, jedná se ve většině případů o „umocněné“ omezující faktory, které učitelky uvedly v předchozích odpovědích. Učitelky jmenovaly vážnou nemoc a silnou bolest (19krát); vysokou teplotu a horečku (12krát); fyzickou neschopnost (10krát) – pohybové onemocnění nebo omezení včetně zlomenin (5krát); střevní problémy a nevolnost (5krát); zranění nebo smrt (1krát). 2 učitelky za příčinu vedoucí ke znemožnění výkonu učitelského povolání označily syndrom vyhoření a přecházení zdravotních problémů.

Graf č. 9b: Co z hlediska zdraví zcela znemožňuje Váš výkon?

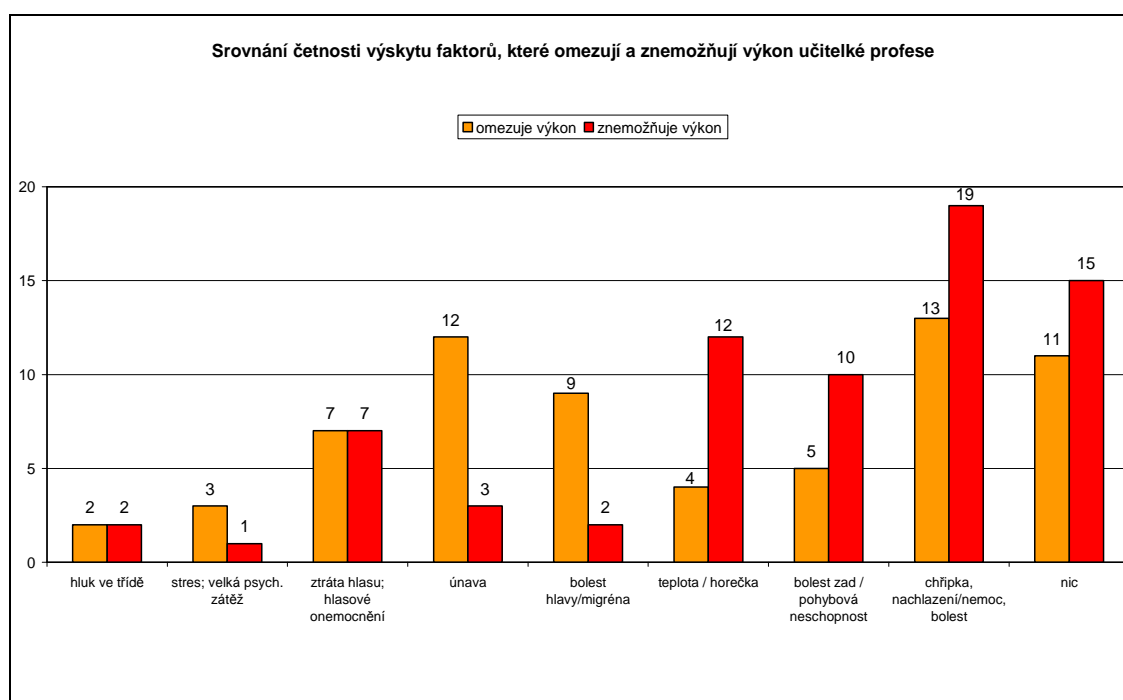


Shrnutí odpovědí na otázku 9

Jak vyplynulo z dotazníků, učitelky si vyložily zdravotní limit po svém a jejich popis „zdravotních hranic“ by bylo vhodnější nazvat jako *zdravotní předpoklad pro výkon profese* a *zdravotní překážky pro výkon profese*.

Ze srovnání četnosti výskytu faktorů, které dle respondentek omezují a znemožňují výkon učitelského povolání (viz níže graf 9c), získáváme představu o odolnosti učitelek a subjektivním vnímání (hodnocení) zátěže. Je zřejmé, že zatímco některé zdravotní překážky učitelky vnímají srovnatelně z hlediska omezení a znemožnění výkonu povolání (hluk ve třídě, ztráta hlasu a hlasová onemocnění), jiná vykazují značné početní rozdíly (únava, teplota/horečka, bolest hlavy/migréna). Vypovídá to jednak o povaze jednotlivých zdravotních stavů, dále pak o vnímání (hodnocení) stupňující se zdravotní zátěže. Zdá se, jako kdyby u některých učitelek došlo k posunu vnímání zdravotních obtíží. Nezřídka konstatují, že nastydnutí a rýma jsou „jen lehké nemoci“, bolest v krku a zánět očí hodnotí jako překážku výkonu profese, která je v práci omezuje, neznemožňuje jim však „učit“, není důvodem domácího léčení. Jak již bylo zmíněno, mezi ojedinělé jevy nepatří ani přecházení nemoci a zdravotních problémů.

Graf č. 9c: Srovnání četnosti výskytu faktorů, které omezují výkon učitelské profese

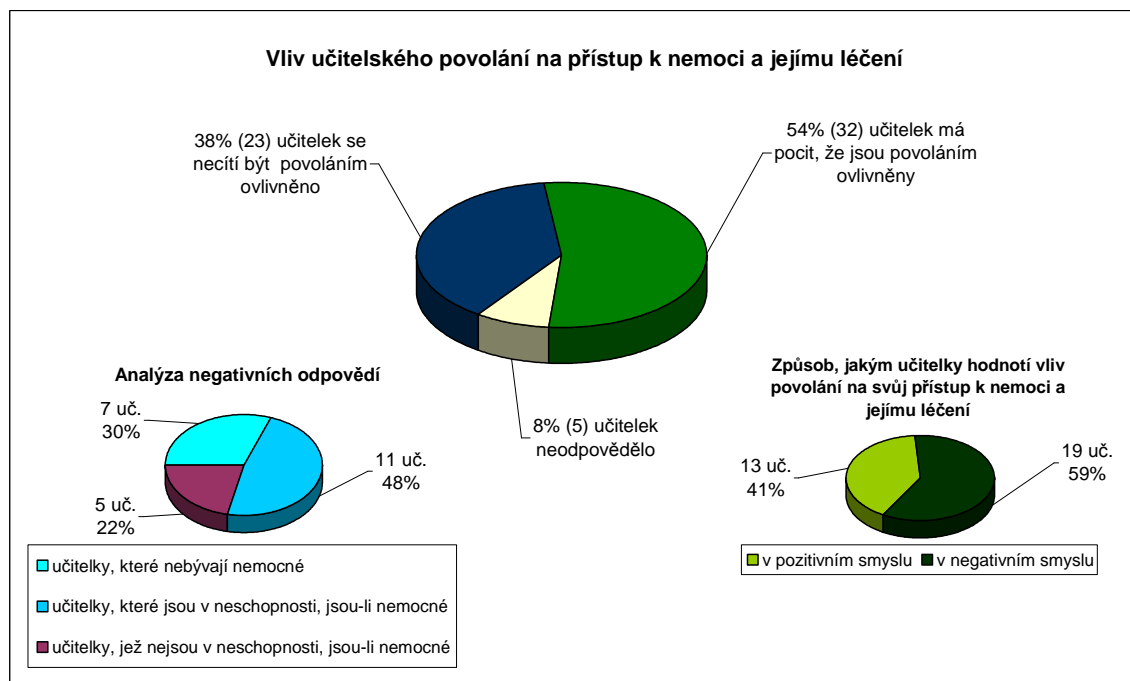


➤ **10. Ovlivňuje Vaše povolání přístup, který máte k nemoci a jejímu léčení?
Pokud ano, jak?**

Desátá otázka zkoumala problematiku vztahu zdraví a výkonu profese z opačné strany než předchozí otázky. Jejím smyslem nebylo zjistit, jaký dopad má zdraví pedagogů na výkon učitelské profese, nýbrž *jak učitelské povolání ovlivňuje přístup, který mají pedagogové k nemoci a jejímu léčení*. Cílem 10., 11. a 12. otázky bylo získat představu o tom, jak profese učitele MŠ formuje postoje učitelů ke zdraví, jaký má vliv na to, zda učitelé své zdraví spíše podporují, nebo na něj nedbají.

Ze 60 učitelek 23 soudí, že povolání neovlivňuje jejich přístup k nemoci, ani k léčení (5 učitelek neodpovědělo). 7 z nich však nebývá nemocných a 11 odchází do pracovní neschopnosti v případě, že onemocní. 5 učitelek z této skupiny chodí do práce i přesto, že jsou nemocné. A přitom tento způsob řešení své zdravotní situace nedává do souvislosti se svým povoláním (viz graf č. 10a – Analýza negativních odpovědí).

Graf č. 10a: Ovlivňuje Vaše povolání přístup, který máte k nemoci a jejímu léčení?



Shrnutí odpovědí na otázku 10

13 učitelek ve svém přístupu k nemoci a jejímu léčení cítí *pozitivní* vliv učitelského povolání, 19 učitelek hodnotí vliv profese učitele MŠ jako *negativní*.

Učitelky hodnotily za *pozitivní* vliv profese na přístup ke svému zdraví:

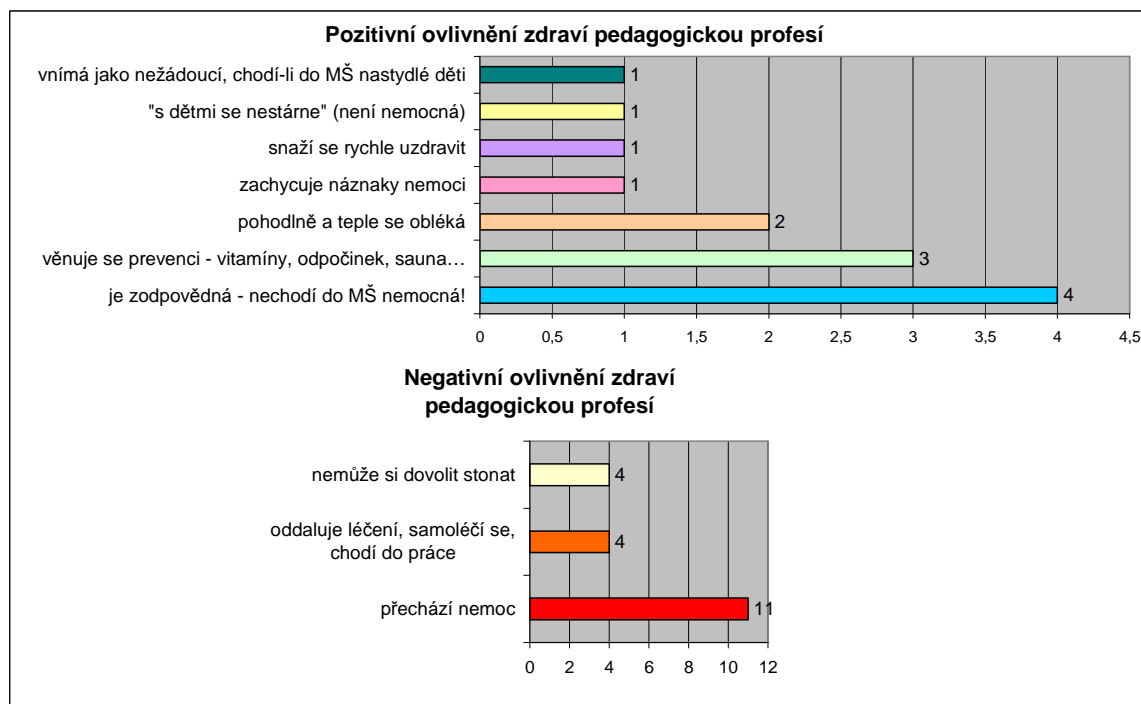
- získání odpovědnosti – „*nechodí do práce nemocné*“ (4 učitelky), dokáží „*zachytit náznaky nemoci*“ (1 učitelka), snaží se rychle uzdravit (1 učitelka);
- získání schopnosti věnovat se prevenci – „*vitamíny, odpočinek, sauna*“ (3 učitelky), volí vhodné oblečení (2 učitelky);
- získání psychického i fyzického zdraví díky každodennímu kontaktu s dětmi („*s dětmi se nestárne*“);
- získání odlišného postoje ke zdraví dětí (1 učitelka „*vnímá jako nežádoucí, chodí-li do MŠ nastydlé děti*“¹¹⁰).

Oproti tomu za *nepříznivý* důsledek výkonu učitelského povolání v mateřské škole považují respondentky:

- přecházení nemocí (11 učitelek) – 5 učitelek uvedlo přímo „*přecházím nemoc*“; 2 učitelky napsaly, že „*přechází rýmu, kašel, nachlazení, virózu*“ z důvodu zajištění provozu MŠ; 1 učitelka sdělila, že „*přechází všechno, dokud to jde*“; 1 chodí do práce i s antibiotiky; 1 uvedla „*co mě nezabije, to mě posílí*“ a jedna ředitelka konstatovala, že je ředitelkou a je tím pádem „*mín u dětí*“;
- oddalování léčení nebo samoléčbu při plném pracovním nasazení (4 učitelky);
- mizivou možnost zůstat doma a stonat – důvodem je pro 2 učitelky *nepříznivá* finanční situace, pro další 2 zajištění provozu MŠ.

¹¹⁰ Zůstává otázkou, do jaké míry pozitivně ovlivní učitelčino zdraví fakt, že vnímá jako nežádoucí, když do MŠ chodí nemocné děti?

Graf č. 10b: Jak ovlivňuje Vaše povolání přístup, který máte k nemoci a jejímu léčení?



➤ 11. Co Vás na práci učitelky MŠ nejvíce těší?

Další otázka, **otázka jedenáctá**, byla položena s cílem zjistit více informací o způsobu, jakým učitelé MŠ vnímají a vykonávají svoji profesi. Je nepochybné, že důvody, proč učitelé vykonávají svoji profesi a proč si pro ni vybrali předškolní instituci, jsou zásadní pro to, abychom porozuměli vnitřní motivaci učitelů k výkonu učitelské profese a dokázali si utvořit představu o tom, jaká nehmotná pozitiva profese učitele MŠ pedagogům přináší.

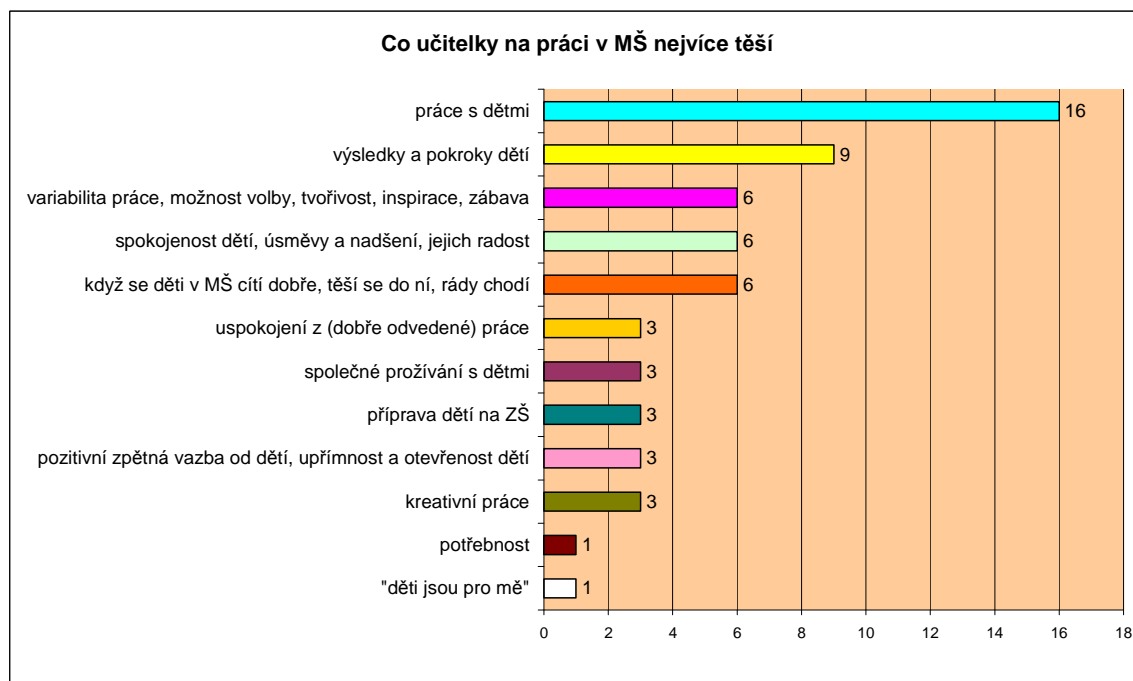
Skutečnost, že si učitelky uvědomují, co konkrétně je na práci v mateřské škole uspokojivé, nás vede k nalezení možných příčin toho, proč některé z nich odsouvají řešení zdravotní otázky a upřednostňují naplnění vyšších lidských potřeb před nižšími. V tomto případě by se jednalo o přednostní naplnění nejvyšší potřeby seberealizace (uspokojení potřeby člověka uplatnit svůj talent a schopnosti, sebeaktualizovat se). Na této úrovni se

naplňuje lidská touha překonat sebe sama, jít až na hranice vlastních možností, vlastního já. Nižší potřeba bezpečí, kam spadá i potřeba před tělesným poškozením a nemocí, ustupuje do pozadí a je překonána silnější potřebou, k níž jsou učitelky více motivovány – dává smysl nejen jejich profesi, ale také jejich životu.

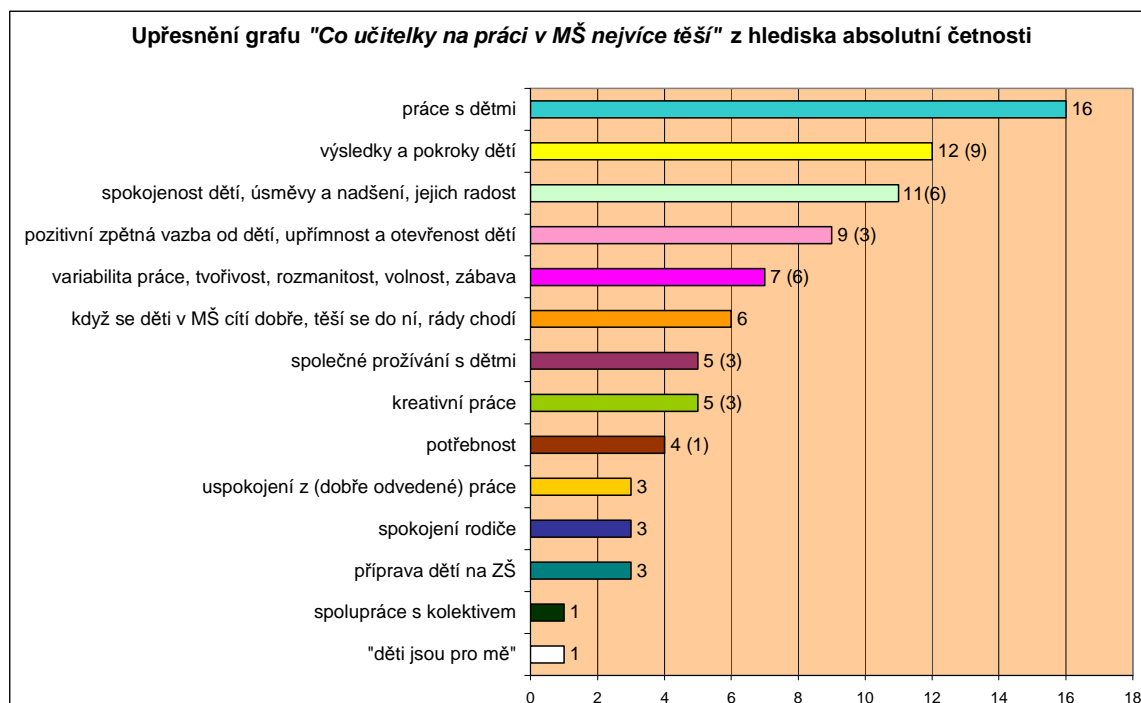
Jak bylo možné očekávat, nejvíce učitelek odpovědělo, že je na práci v MŠ těší *práce s dětmi* (16 odpovědí). Další nejpočetnější skupinou byly ty, které odpověděly, že je těší *výsledky a pokroky dětí* (9 odpovědí resp. 12). Dále učitelky odpovídaly, že jim radost přináší *spokojenost dětí, jejich úsměvy, nadšení a radost* (6 odpovědí resp. 11). Následující skupina uvedla jako podstatnou *variabilitu práce, tvořivost, rozmanitost, volnost a zábavu, inspiraci, možnost volby a pestrost* (6 odpovědí resp. 7). Pro jiné učitelky je důležité, *když se děti v MŠ cítí dobře, těší se do ní a rády chodí* (6 odpovědí). Další si cení *pozitivní zpětné vazby od dětí, jejich upřímnosti a otevřenosti* (3 odpovědi resp. 9). Jiné naplňuje *společné prožívání s dětmi* (3 odpovědi resp. 5), *kreativita práce* (3 odpovědi resp. 5), *uspokojení z odvedené práce* (3 odpovědi), *spokojení rodiče* (3 odpovědi), nebo *příprava dětí na základní školu* (3 odpovědi). Poslední a nejméně početná je skupina učitelek, které motivuje pocit *potřebnosti* (1 odpověď resp. 4) a dobrá *spolupráce s kolektivem* (1 odpověď).

Z odpovědí respondentek bylo jasné, že jim práce učitele MŠ přináší uspokojení. Většina dotazovaných uvedla více jak jednu odpověď. Proto jsou zjištěné výpovědi číselně zpracovány do dvou grafů. Graf č. 11a) vyhodnocuje počet vyjádření, která učitelky uváděly na prvním místě (celkový počet odpovědí je 60). Druhý graf č. 11b) udává absolutní počet uvedených odpovědí, které se vyskytly v dotaznících (první číselná hodnota) a pro srovnání také číselný údaj v závorce, kde jsou uvedené hodnoty z grafu 11a). Rozdíl v počtu odpovědí prozrazuje, co je pro učitelky prioritní a co ve svém hodnocení uvedly na jiné než první pozici.

Graf č. 11a: Co Vás na práci učitelky MŠ nejvíce těší?



Graf č. 11b: Co učitelky na práci v MŠ nejvíce těší z hlediska absolutní četnosti odpovědí



Shrnutí odpovědí na otázku 11

Hodnocení subjektivního vnímání přínosů profese na zdraví o učitelkách prozradilo, zda nacházejí pracovní uspokojení:

- *vně sebe sama*
 1. *v obecné rovině* – ať již z výsledků dětí; jejich pozitivní zpětné vazby; nebo pozitivní zpětné vazby od rodičů, či
 2. *v osobní rovině* – v odrazu své potřebnosti; schopnosti dětem připravit pěkné prostředí, kde se cítí dobře, kam rády chodí; kompetentnosti připravit děti na školu; či spokojenosti z odvedené práce,

anebo zda radost nacházejí

- *uvnitř sebe sama* – ve společném prožívání s dětmi; v pocitech, které jim přináší pohled na spokojené děti, jejich úsměvy, nadšení radost; nebo ve vnímání učitelské profese jako tvořivé, inspirující, zábavné a rozmanité.

Z hlediska vlivu na zdraví jsou na tom zřejmě lépe ty, jimž pocit štěstí navozují vnitřní emoce, ty, jejichž pracovní uspokojení pramení ze specifického vnitřního prožívání skutečností. Učitelky, které potřebují vnější potvrzení smysluplnosti vlastní práce, ocenění a ujištění o své potřebnosti mají situaci o to těžší, že jejich subjektivní pohoda závisí na vnějších podmínkách, jenž nemusí být pro vytváření pocitu štěstí optimální, nemusí být ani pravdivým odrazem učitelčiny snahy o zajištění kvalitního vzdělávání.¹¹¹

➤ 12. Co Vás na práci učitelky nejvíce unavuje?

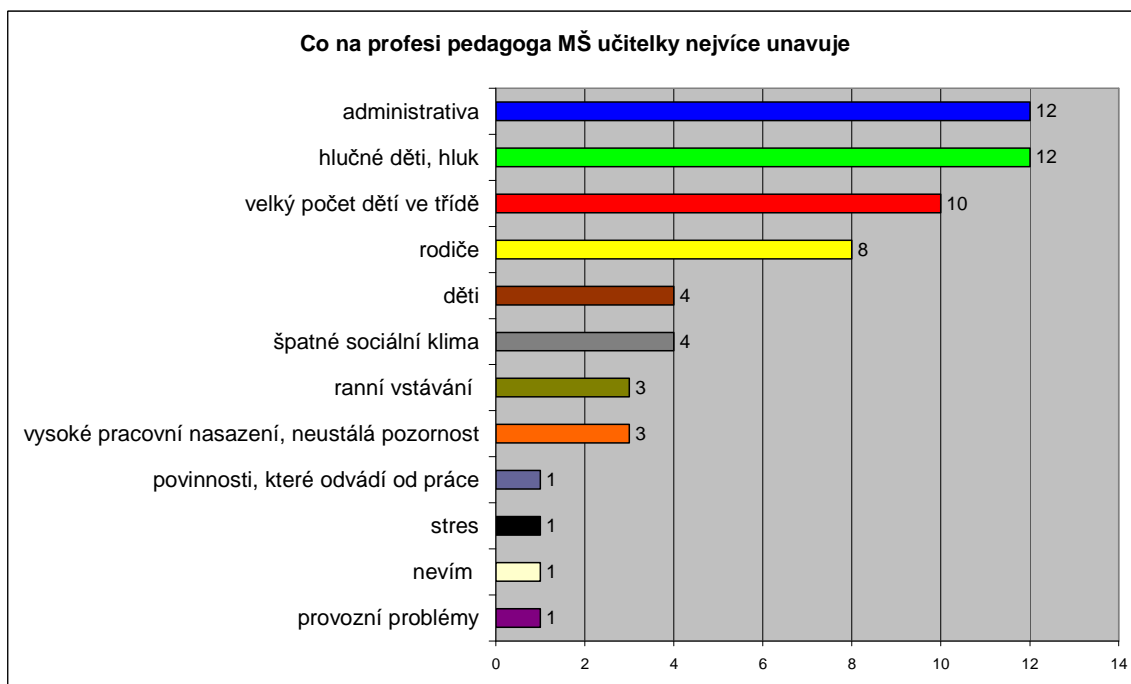
Otázka dvanáctá byla protikladem předchozí otázky a zjišťovala, *co učitelky MŠ na své profesi nejvíce unavuje*. I tato je zpracována pomocí dvojího číselného vyhodnocení a zobrazena ve dvou grafech.

¹¹¹ Například v případě nedocenění učitelů ze strany rodičů – učitel se může snažit ze všech sil, může výborně naplňovat své pracovní i lidské kompetence, a přesto se nemusí dočkat povšimnutí rodičů, natož jejich pochvaly.

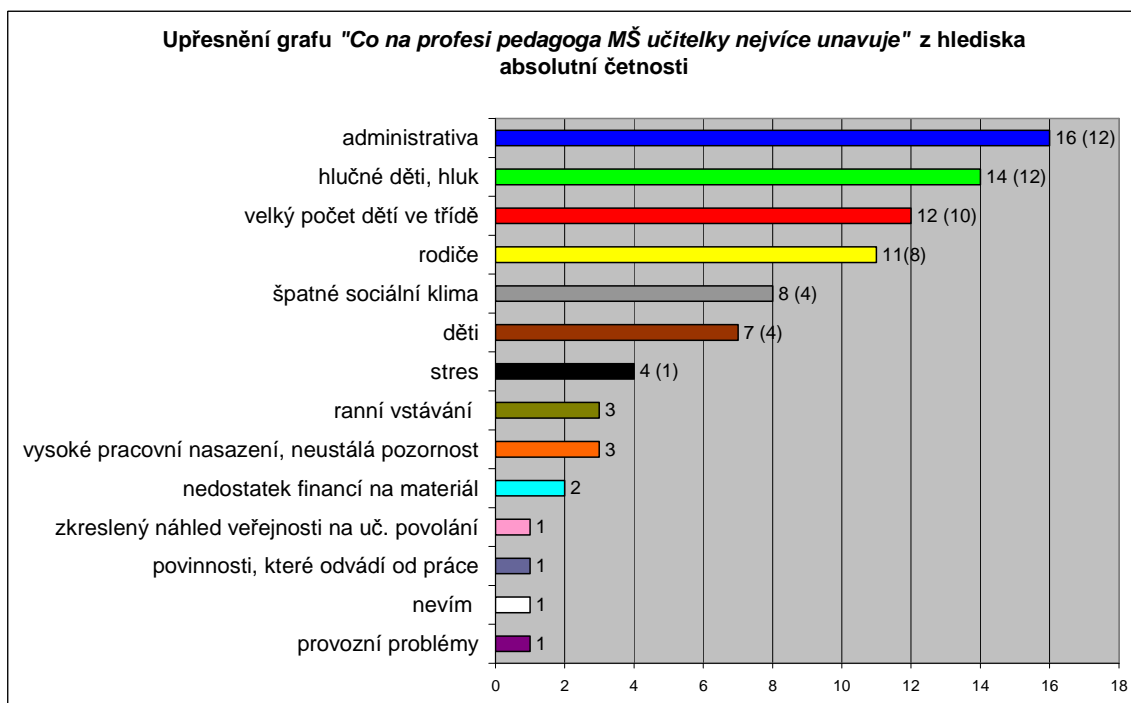
Za nejvíce obtěžující považují učitelky „*administrativu*“ (12 odpovědí resp. 16) – organizační „*papírování*“, vedení třídní dokumentace, písemné přípravy a plánování. Další dvě nejpočetnější skupiny učitelek uvedly „*hlučné děti*“ a obecně „*hluk*“ (12 odpovědí resp. 14) a s tím úzce související „*velký počet dětí na třídě*“ (10 odpovědí resp. 12). Následující soubor odpovědí označoval za únavné „*rodiče*“ (3krát se v dotaznících objevila neochota rodičů ke spolupráci, 1krát nedůslednost rodičovské výchovy, 1krát nekompetentnost rodičů, 1krát neshody s rodiči a 2krát nebyla odpověď zdůvodněna). Další oblastí, kde učitelky nacházejí příčiny nepohody je vlastní pracoviště – „*špatné sociální klima*“ uvnitř MŠ uvedly 4 učitelky resp. 8 učitelek – 4krát si učitelky stěžovaly na problémy s vedením, 1krát na neshody s kolegy.

Další příčinou „únavy“ učitelek jsou „*děti*“ (4 odpovědi resp. 7) – 2krát byly jmenované nevychované děti, 1krát hyperaktivní jedinci, 2krát problémové děti a konflikty, 2krát nezájem dětí a nutnost jejich okřikování. 1 učitelka resp. 4 učitelky si stěžovaly na „*stres*“ – zodpovědnost za svěřené děti, psychická zátěž, 2krát byl stres spojen s hlukem a velkým počtem dětí ve třídě. Po 3 odpovědích učitelky uvedly problémy s „*ranním vstáváním*“ a „*vysokým pracovním nasazením*“, vyžadujícím neustálou pozornost, 2 učitelky „*unavuje*“ „*nedostatek financí na materiál*“ a po jedné odpovědi byly zastoupené: „*provozní problémy*“, „*zkreslený náhled veřejnosti na učitelské povolání*“, výskyt povinností, „*kteří (učitelku) odvádějí od práce*“. Jedna učitelka uvedla „*nevím*“.

Graf č. 12a: Co Vás na práci učitelky MŠ nejvíce unavuje?



Graf č. 12b: Co učitele na práci v MŠ nejvíce unavuje z hlediska absolutní četnosti odpovědí



Shrnutí odpovědí na otázku 12

Největší rozdíl mezi uvedenými hodnotami v grafech 12a a 12b se týkal sociálního klimatu a stresu.

Svým charakterem problémy mezi učiteli a rodiči spadají do sociálního klimatu mateřské školy, skrytého kurikula. 8 učitelkám (resp. 11) práci znesnadňují ti, které by učitelky měly vnímat jako své partnery a kterým by měly pomáhat ve výchově a vzdělávání dětí.

Rovněž v případě hodnocení stresu došlo k jeho upozadění – prvotní počet 1 odpovědi se zvýšil na 4.

Z odpovědí na tuto otázku je zřejmé, jak obtěžující je pro učitelky administrativa, hluk a velký počet dětí ve třídě¹¹².

➤ 13. Pokud se chcete odreagovat, odpočinout si od práce, jak toho docílíte? (Co děláte, když se chcete dostat do pohody?)

Odpovědi na **třináctou otázku** měly přinést přehled aktivit, které učitelům přináší pohodu a odreagování. Cílem bylo zjistit, jak učitelé odpočívají a zda by bylo možné některé způsoby odpočinku označit jako typicky „učitelské“.

73krát učitelky uvedly příklady *aktivního odpočinku* – sport¹¹³ (cvičí, jezdí na kole, bruslích, jedou na vodu, plavou, tancují), procházky (v přírodě, se psem¹¹⁴), výlety, nebo manuální práci (doma, na zahradě). Mezi aktivní odpočinek lze zařadit také tvůrčí činnosti: zájmy a koníčky, nebo trávení času s rodinou a přáteli.

31krát učitelky napsaly činnosti spíše *pasivního charakteru*, které jim přináší odpočinek. Nejčteněji byly zastoupeny aktivity kulturního vyžití na úrovni smyslové

¹¹² Podrobněji viz vyhodnocení čtvrtého cíle výzkumu v subkapitole 7.3.

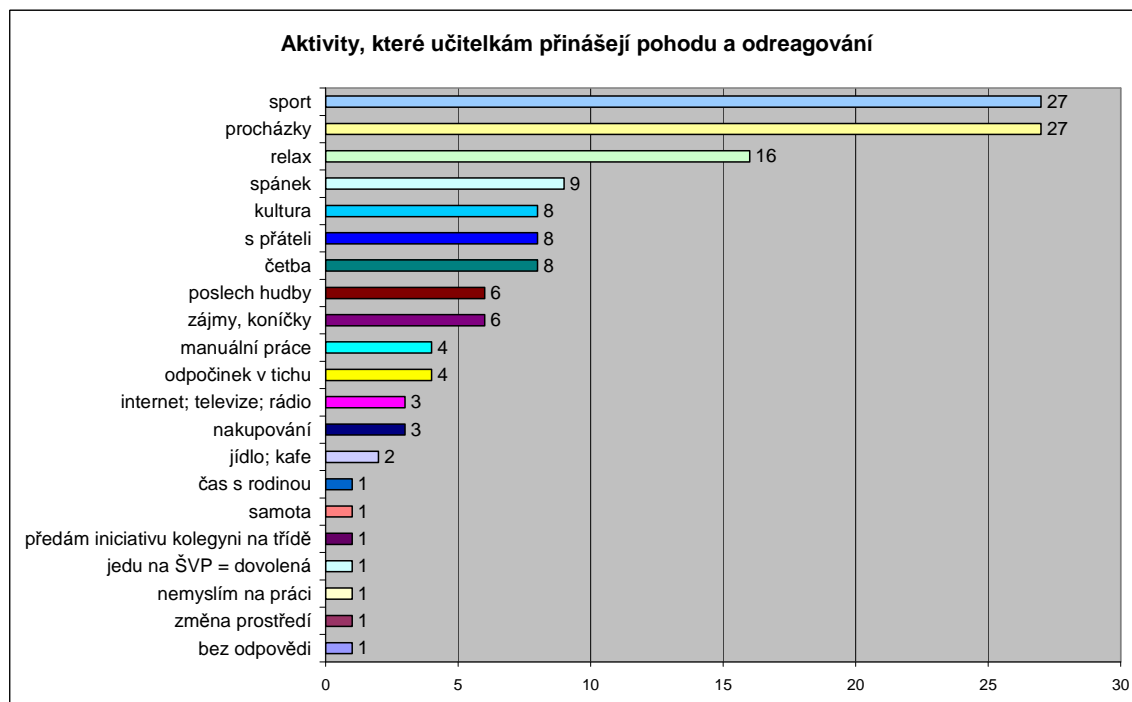
¹¹³ Jak uvádí J. Vinay (2007) fyzické cvičení snižuje hladinu noradrenalinu uvolněnou při stresové reakci, zvyšuje obranyschopnost proti infekcím, pomáhá snížit hladinu cytokinů (signálních molekul imunity), zvyšuje tvorbu stresových proteinů chránících organismus.

¹¹⁴ Jak uvádí J. Vinay (2007, s. 137): „Jednou z nejdůležitějších protistresových dovedností je vytvořit si systém sociální podpory, do které patří i domácí mazlíčci.“

percepce (četba, poslech hudby, divadlo, kino, výstavy, internet, televize, poslech rádia), v menším počtu pak nakupování, jídlo a pití.

Podrobné zastoupení jednotlivých aktivit zobrazuje graf č. 13.

Graf č. 13: Pokud se chcete odreagovat, odpočinout si od práce, jak toho docílíte?



Shrnutí odpovědí na otázku 13

Za pozornost stojí fakt, že 9krát učitelky uvedly spánek a 4krát odpočinek v tichu. Tyto „aktivity“ patří mezi základní přirozené lidské potřeby. Pokud to tedy znamená, že opakem práce je u některých učitelek stav, kdy uspokojují své fyziologické potřeby, jedná se spíše o nutnost, než o volbu odreagování. Taková skutečnost by potvrzovala předchozí výroky dokazující náročnost učitelské profese a přesah důsledků pracovní činnosti do osobní roviny prožívání reality – do osobního života učitele.

Při vyhodnocování získaných dat bylo zajímavé porovnat rozdíly, které vedly učitelky k odlišnému pochopení otázky. Zřetelným kritériem pro povahu odpovědí bylo časové hledisko, jež určilo, zda učitelky vnímaly odreagování a odpočinek od práce:

1. jako krátkodobé přerušení své pracovní činnosti („na 5 min. – převedu iniciativu kolegyni na třídu“; „dám si kafe“);
2. jako každodenně praktikovaný způsob „relaxace“ střednědobé povahy (koníčky, nákupy, kultura) nebo
3. jako dlouhodobější uvolnění a oproštění se od pracovního procesu (dovolená, změna prostředí).

Skrytým kritériem pak mohla být míra souvislé zátěže učitelské profese, kterou jsou učitelky schopny snášet. To by vysvětlovalo, proč některé potřebují svůj pracovní výkon na malé okamžiky přerušovat, jiné své nasazení strukturují dle každodenního rytmu pracovní doby a proč někomu stačí představa střídání časových cyklů „výkon povolání – volno“.

Z výše uvedeného vyplývá představa o aktivitách, přinášejících učitelkám odreagování a o délce trvání odpočinku od práce u vybrané skupiny respondentek. Odpovědi na následující otázku dokreslovaly obraz o tom, jak vypadá běžný volný čas učitelek a jak by vypadal dle jejich představ. Také při vyhodnocování následujících informací jsem měla na mysli časové hledisko. Navíc pak ještě míru reálnosti, kterou učitelky přikládají uskutečnění svých tužeb na trávení svého volného času.

➤ **14. Máte po práci čas na sebe?**

a) jak ho trávíte?

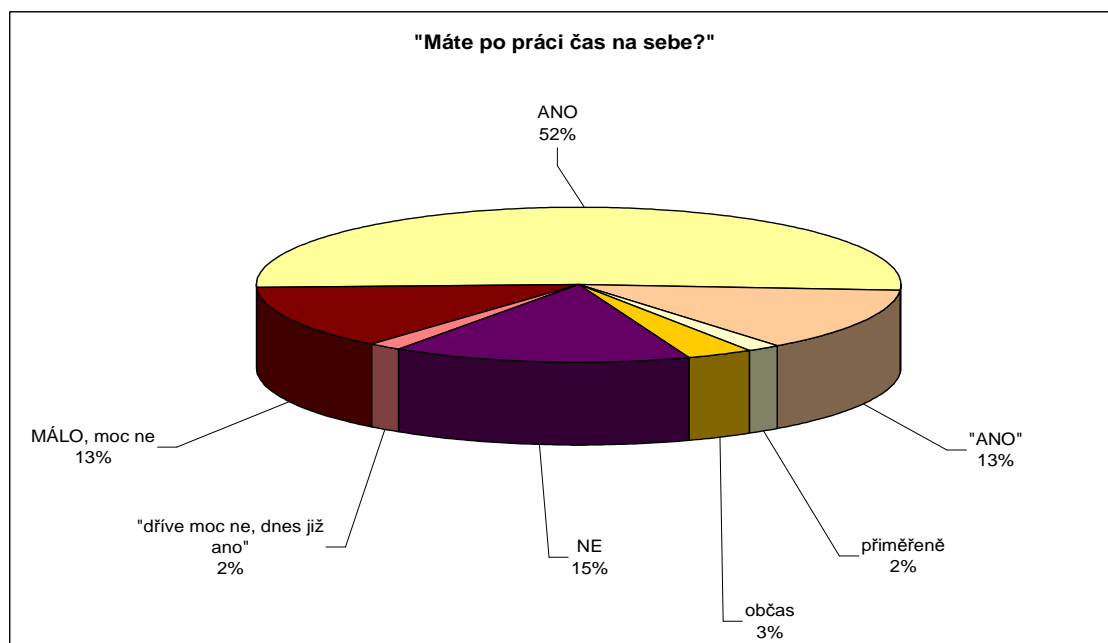
b) jak byste ho trávila, kdybyste ho měla?

Záměrem **čtrnácté otázky** bylo zjistit, *zda mají učitelky po práci čas na sebe a jak jej tráví* (či jak by jej trávily, kdyby jej měly). Jak subjektivně vnímají svůj volný čas a v jakém poměru tento čas věnují sobě a ostatním činnostem.

52% učitelek se domnívá, že po práci na sebe čas mají, 15% nikoli. 13% učitelek má pocit, že má času málo nebo velmi málo; dalších 13% má volný čas „s podmínkou“ („ANO“) – někdy jej učitelky mají, někdy ne, podle vnějších okolností (viz dále). Občas

má čas na sebe 3% dotazovaných (2 odpovědi), přiměřeně a „*více oproti dřívějším dobám*“ 2% dotazovaných (po 1 odpovědi).

Graf č. 14: Máte po práci čas na sebe?



Ty, které na sebe mají čas, jej tráví nejčastěji sportem, v přírodě, relaxují, věnují se četbě, kultuře, jsou s přáteli nebo rodinou, pečují o sebe, ale také pracují v domácnosti, nebo „*pracují do práce*“.

Ty, které na sebe čas nemají, ho tráví prací do školy (věnují se studiu VŠ), prací v domácnosti nebo „*dokončují, co nestihly v práci*“. Dalšími důvody, proč se nemohou věnovat samy sobě je trávení času s partnerem nebo rodinou (vlastními dětmi). Tyto učitelky by čas trávily (kdyby jej měly) nejčastěji sportem, cvičením, nebo odpočinkem. Popřípadě četbou, kulturou a podnikáním výletů.¹¹⁵

Učitelky, které napsaly, že mají na sebe času málo, nebo dokonce velmi málo, jej tráví nejčastěji kombinací domácích prací a studia, nebo kombinací koníčků se studiem.

¹¹⁵ Jedna učitelka uvedla: „Byla bych na pláži u vody, pila bych drink.“ Tato výpověď svědčí dle mého názoru o tom, že pro její autorku je představa volného času vzdálená podobně jako pravděpodobnost, že by se jí vytoužená představa splnila.

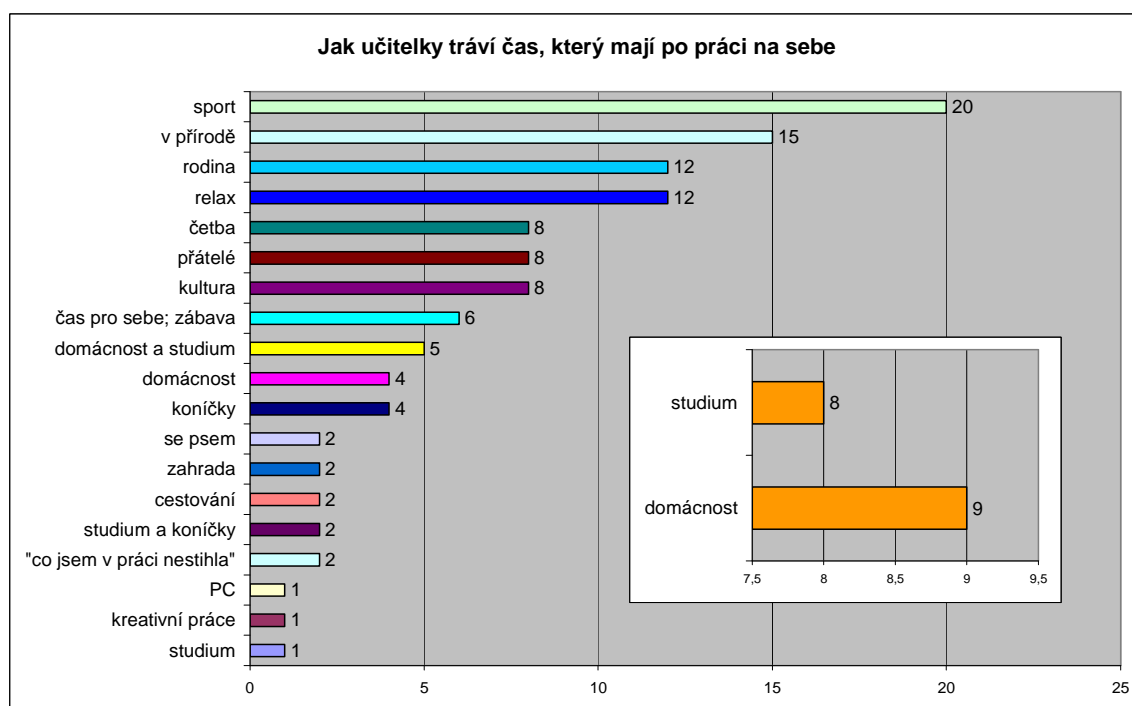
Pouze dvě odpovědi zahrnovaly čistý čas „pro sebe“. Tyto respondenty by v případě volného času cestovaly, cvičily a sportovaly, setkávaly se s přáteli, věnovaly se kultuře, domácnosti, nebo odpočinku (včetně spánku).¹¹⁶

Poslední skupinu tvořily ty učitelky, které sice uvedly, že čas mají, ovšem u třech z nich byla tato skutečnost podmíněna tím, zda „mají ranní“ službu, dalších pět učitelek svůj volný čas tráví přípravou do školy.

Bráno celkově, 17 učitelek bez volného času nebo s jeho málem, uvedlo 9krát jako důvod péči o domácnost a 8krát studium. Ze 42 učitelek majících čas, se 20 odpovědí týkalo sportu. 18krát učitelky odpověděly, že „čistě“ relaxují a věnují čas pouze sobě. Mezi vytouženými způsoby trávení volného času se 5krát objevila „pohoda, ticho!, relaxace, odpočinek“, tedy základní potřeby, které učitelky vnímají jako nenaplněné.

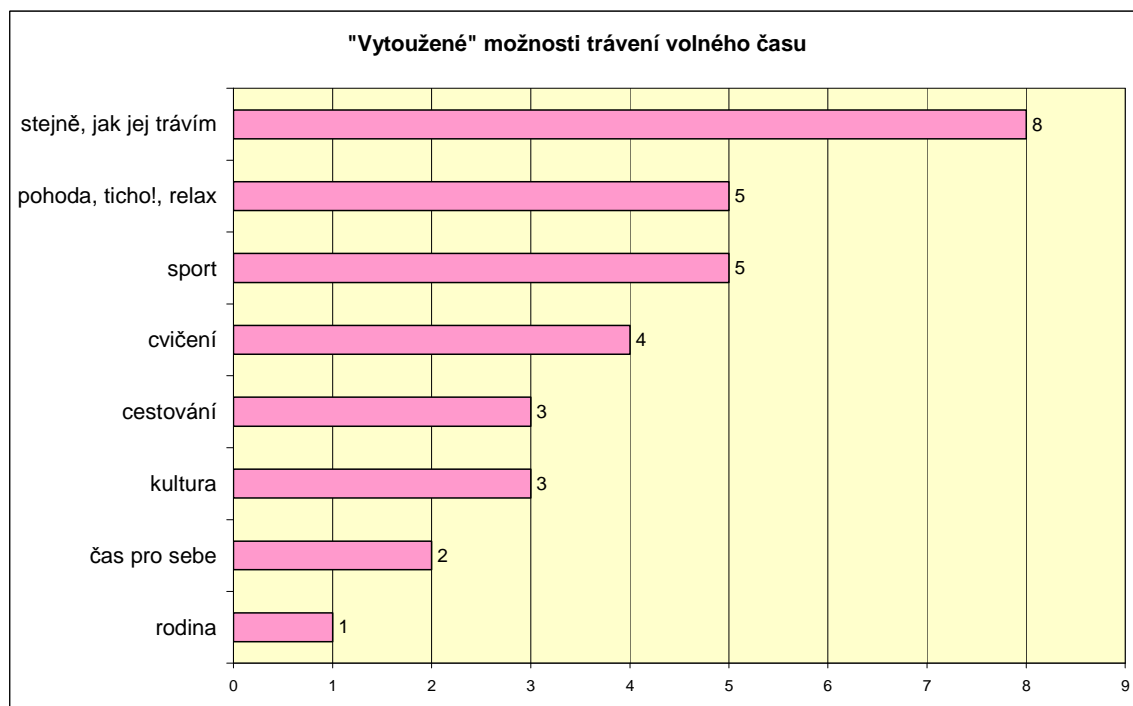
Podrobný přehled právě popsané analýzy dat nabízí příslušné grafy: 14a) a 14b).

Graf č. 14a: Jak trávíte čas, který máte po práci na sebe?



¹¹⁶ I zde se vyskytla zajímavá tužba: „Kdybych měla čas, trávila bych ho na zámku nebo na hradě“.

Graf č. 14b: Jak byste po práci trávila volný čas pro sebe, kdybyste nějaký měla?



Shrnutí odpovědí na otázku 14

Výše zobrazené dva grafy 14a a 14b vypovídají ještě o dvou zajímavých věcech:

1. o tom, co si učitelky představují pod pojmem „čas pro sebe“ a jak s tímto časem v důsledku této představy nakládají,
2. o tom, jak by volný čas trávily, kdyby tento čas mohly využít skutečně pro sebe.¹¹⁷

I když ne všechny, některé učitelky mimoděk vypověděly, zda jim čas, který mají „na sebe“ přijde dostatečný, či nikoli. Zde opět narážíme na subjektivní hledisko, neboť otázka nebyla položena tak, aby zjišťovala, kolik času konkrétně (např. v hodinách) respondentky mají. Přesné zjišťování volného času (převedeného např. na hodiny) by bylo pro dotazníkové šetření irelevantní vzhledem k tomu, že některé učitelce může připadat dostatečných 5 hodin volného času týdně, avšak jiné by nestačilo ani 5 hodin volného času

¹¹⁷ Například lze učinit závěr, že čas věnovaný studiu není považován za „čas pro sebe“ – je vnímán jako povinnost, nutnost, nikoli jako radost. Studium je hodnoceno jako příčina toho, že učitelé čas nemají. Žádný z dotazovaných neodpověděl: „Mám čas pro sebe, a tak mohu studovat“.

každý den. Obecně proto lze říct pouze to, že ty, které vnímají svůj volný čas jako dostatečný (bez ohledu na jeho délku a způsob trávení), jej tráví dle svých představ. Kdežto ty, které čas hodnotí jako nedostatečný, sice vědí, jak by jej rády trávily, ale nemohou, nebo nechtějí změnit svoji životní situaci tak, aby toho dosáhly.

Problematicky interpretovatelná se jeví souvislost vnímání volného času a přípravy učitelek do práce. Jak porozumět výrokům učitelek, že nemají po práci čas na sebe, protože ve volném čase dělají „*práci do práce*“? Je možné, že tyto učitelky stráví přípravou na další přímou práci s dětmi v MŠ denně více jak 2 hodiny? Nebo tyto učitelky opomíjejí svoji povinnost pracovat 8 hodin denně a „domácí přípravu“ pak hodnotí na úkor vlastního volného času? Jak lze vykládat postoje některých učitelek (získané z odpovědí napříč celým dotazníkem), které se vyjadřují pozitivně k učitelské profesi s odůvodněním, že se jedná o povolání s „*6-ti hodinovou pracovní dobou*“, kde je „*dostatek volného času*“?

Jan Průcha (2002, s. 36) se k této problematice vyslovuje z hlediska norem učitelských činností a uvádí rozlišení času vynakládaného učiteli na výkon profese na *čas vyučovací* (v názvosloví mateřských škol „čas u dětí“) a *čas pracovní* (součet vyučovacího času a času stráveného jinými činnostmi učitele vztahujícími se k vyučování). Veškeré informace se však vztahují k primárnímu, nižšímu sekundárnímu a vyššímu sekundárnímu vzdělávání. Vzhledem k těmto skutečnostem lze tedy konstatovat, že učitelky mateřských škol denně tráví „vyučovacím“ časem 6 hodin a délku času, která doplňuje časový rozdíl v čase „pracovním“, není možné zjistit. Ovšem na základě některých výroků v dotaznících lze usuzovat, že takto odpovídající učitelky nemají povědomí o skutečnosti, že čas výkonu profese se rovná času „pracovnímu“ o délce minimálně 8 hodin a čas „vyučovací“ tím pádem považují jako definitivní.

Na základě odpovědí na otázky 13 a 14 lze konstatovat, že učitelky ze zkoumaného souboru se nejčastěji odreagovávají pohybovými aktivitami nebo, pokud si chtějí odpočinout, relaxují a jsou zcela pasivní (spánek). Sportu se rovněž nejčastěji věnují ve svém volném čase, který mají po práci. Z toho vyplývá, že i když učitelská profese nepatří k sedavým zaměstnáním, učitelky se pohybu věnují rády a tento způsob duševní hygieny volí v největším počtu. Dalo by se proto možná hovořit o tom, že tento způsob odpočinku

(na jedné straně pohyb, na straně druhé relaxace) patří mezi způsoby odreagování, které jsou typicky „učitelské“.

➤ **15. Setkala jste se za dobu své praxe s tématem prevence zdravotních rizik povolání? Kde?**

Patnáctá otázka byla jediná, která se učitelů otevřeně ptala na prevenci, konkrétně *zdravotních rizik povolání*. Učitelé měli uvést, kde se s tímto tématem setkali.

31 učitelek (52%) se s prevencí zdravotních rizik povolání nesetkalo, 29 (48%) uvedlo, že ano. Věkové zastoupení těch, které uvedly zápornou odpověď je následující: 21 učitelek ve věku 20-30 let; 5 ve věku 31-40 let; 3 ve věku 41-50; 2 ve věku 51 a více.¹¹⁸

Ty, které odpověděly na otázku kladně také konkretizovaly (kromě 3 případů), kde se s problematikou setkaly. Největší počet uvedl jako zdroj literaturu (12 odpovědí), DVPP¹¹⁹ (8 odpovědí), nebo přednášky ve škole (6 odpovědí). 3 učitelky jmenovaly školení v mateřské škole; 2 pouze upřesnily, že se setkaly s tématem syndromu vyhoření; 1 napsala, že šlo o její „*individuální zájem*“.

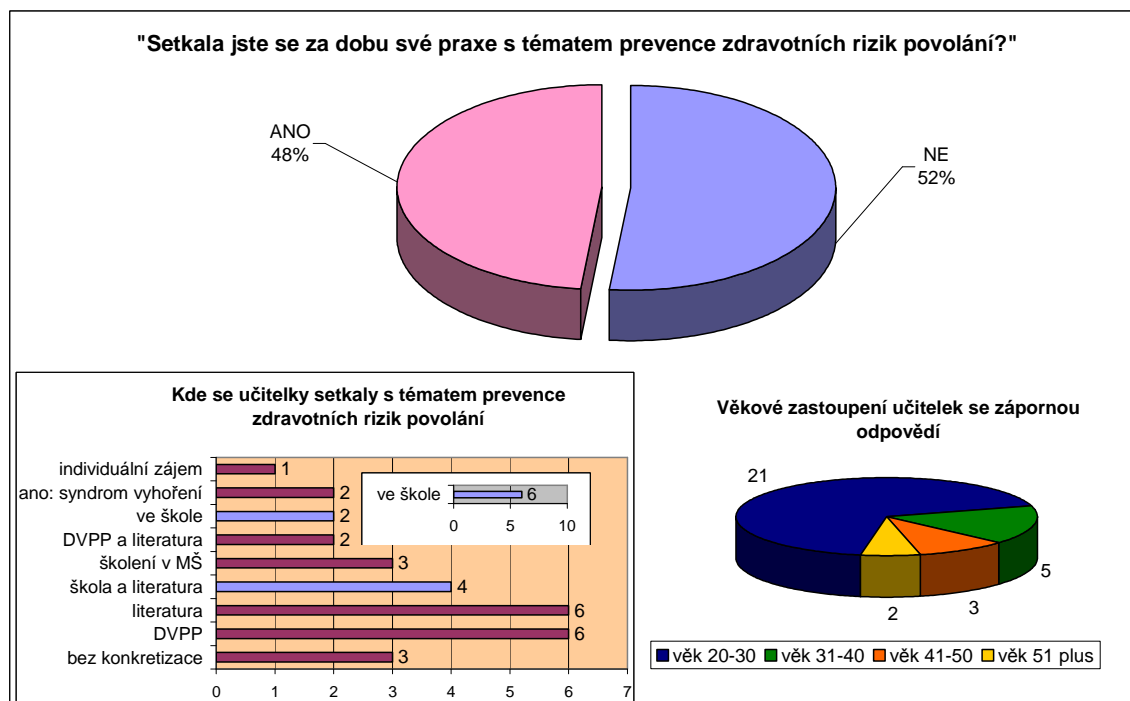
Shrnutí odpovědí na otázku 15

Nadpoloviční většina dotázaných odpověděla, že se s prevencí zdravotních rizik povolání nesetkala. Je však velmi pravděpodobné, že se s tímto tématem (alespoň okrajově) setkaly i ty učitelky, které uvedly zápornou odpověď. Tomuto předpokladu by nasvědčoval i fakt, že se v dotazníku objevil případ, kdy učitelka ve 4. otázce odpověděla, že: „...*profese učitele má vliv na jeho zdraví, je náročná na duševní hygienu*.“, v otázce 15 však podala odpověď: „*Ne*.“. Přitom duševní hygiena je jedním z předpokladů prevence zdravotních rizik povolání.

¹¹⁸ Všimněme si, že nejpočetnější skupina je věkově nejmladší. Viz podrobněji oddíl 7.4.1 bod 1.

¹¹⁹ Další vzdělávání pedagogických pracovníků.

Graf č. 15: Setkala jste se za dobu své praxe s tématem prevence zdravotních rizik povolání?



➤ **16. Jako učitelka pracujete v MŠ ____ let. Myslíte si, že za tu dobu mohla profese učitele nějak ovlivnit Vaše zdraví?**

- a) jak v pozitivním smyslu
- b) jak v negativním smyslu

Šestnáctá otázka završovala soubor všech otázek dotazníku. Svoji povahou se podobala jedné z předchozích otázek (čtvrté), ale lišila se od ní tím, že zatímco v prvním případě se učitelé zamýšleli nad reálnými projevy, k nimž dochází v důsledku učitelské profese v kontextu pozitivního a negativního vlivu na zdraví¹²⁰, v druhém případě se učitelky měly zamyslet nad faktickými důsledky pozitivního a negativního vlivu profese,

¹²⁰ „Myslíte si, že má profese učitele vliv na jeho zdraví? Pokud ano, co byste řekla, že má z profese učitele pozitivní vliv na zdraví, co (...) negativní vliv na zdraví?“

které již na svém zdraví zaznamenaly. Otázka měla dvě podotázky, zjišťující povahu vlivu na pedagogovo zdraví.

66% učitelek má pocit, že profese jejich zdraví ovlivnila (jak uvidíme dále, nejen v negativním smyslu). 20% se necítí ovlivněno (z těchto 12 učitelek byla polovina ve věku 20-30 let, čtvrtina ve věku 31-40 let a čtvrtina ve věku 41-50 let). 12% učitelek neodpovědělo a 2% nevědí, zda profese jejich zdraví ovlivnila nebo ne.

Pozitivní vliv učitelské profese na zdraví konkretizovalo 36 učitelek, *negativní vliv* uvedlo 30 učitelek.

16 a) Oblasti, ve kterých učitelky vnímaly *pozitivní vliv* byly zastoupeny následovně:

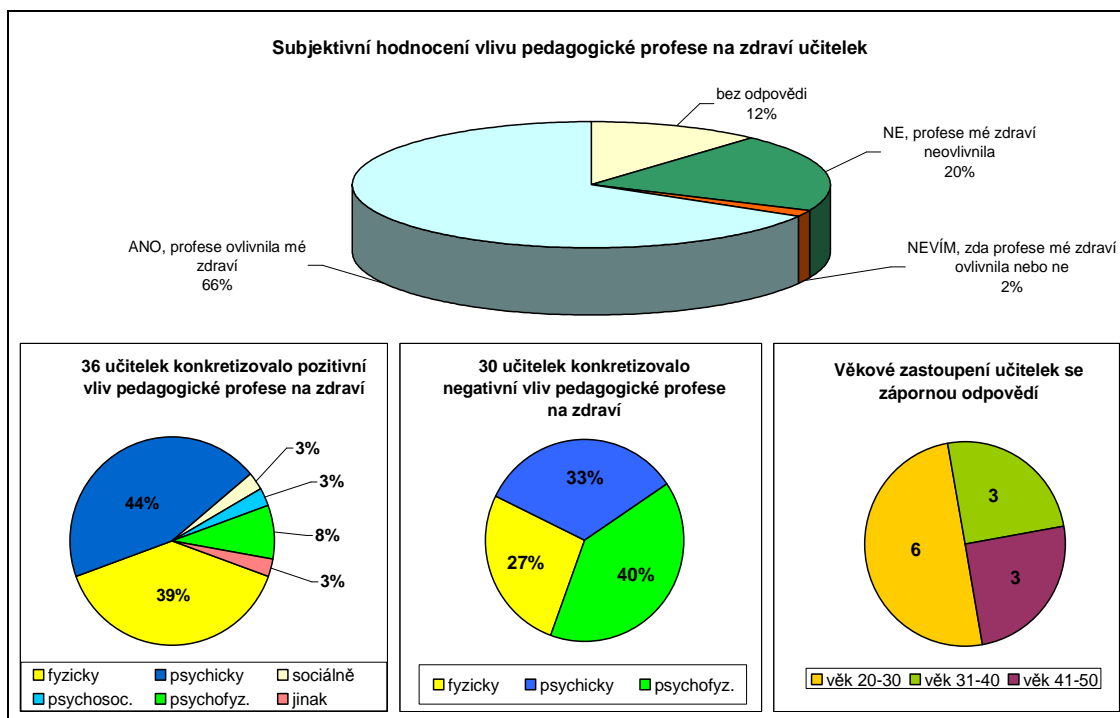
- *oblast psychiky* – 44% (16 odpovědí obsahovalo kladné hodnocení pozitivních pocitů spojených s výkonem povolání a pozitivní psychické ladění učitelky, které profese přináší; 2krát bylo zmíněno zvýšení psychické odolnosti);
- *oblast fyzická* – 39% (14 odpovědí nejčastěji zmiňovalo zlepšení imunity a zvýšení odolnosti vůči nemocem, dále získání návyku správného držení těla; 3krát učitelky kladně hodnotily pohyb a pobyt venku, 2krát pravidelnou životosprávu);
- *oblast psychofyzická* – 8% (3 odpovědi uváděly radost z práce, pocit naplnění a pozitivní energii od dětí i rodičů na straně jedné, posílení imunitního systému, pohyb a nealergenní prostředí na straně druhé);
- *oblast sociální* – 3% (1 odpověď se týkala uspokojení sociálních potřeb plynoucího z pozitivního sociálního prostředí, na jehož vytváření se podílí celý kolektiv);
- *oblast psychosociální* – 3% (1 odpověď konstatovala uspokojení psychosociálních potřeb - společné tvoření s dětmi, obohacování člověka o pedagogické poznatky).

16 b) Oblasti, ve kterých učitelky vnímaly *negativní vliv* byly zastoupeny následovně:

- *oblast psychofyzická* – 40% (12 odpovědí uvádělo záporný vliv hluku, kombinovaný s hlasovou námahou; vyšší nemocnost spojenou s náhlou, častou nebo intenzivní únavou; vyčerpání, stres – strach o bezpečnost dětí; stres, způsobující špatný spánek a psychosomatické problémy);

- *oblast psychiky* – 33% (10 odpovědí s nejpočetnějším zastoupením stresu – obavy, úzkost a nervozita; dále pak úbytek energie, psychická únava a psychická labilita);
- *oblast fyzická* – 27% (polovina z 8 odpovědí obsahovala konstatování vyšší nemocnosti; 1krát byla uvedena snížená imunita, hlasové problémy a 2krát zhoršení sluchu).

Graf č. 16: Myslíte si, že za dobu po kterou pracujete v MŠ mohla profese učitele nějak ovlivnit Vaše zdraví?



Shrnutí odpovědí na otázku 16

Vliv učitelské profese na zdraví je značný, ať již v pozitivním nebo negativním smyslu. Velmi záleží na subjektivním hodnocení vlastního zdravotního stavu učitelky a její schopnosti vidět provázanost svých zdravotních problémů s výkonem profese.

Paradox vyplývající z vyhodnocení poslední otázky ukazuje, že nelze jednoznačně říct, jaký vliv na zdraví učitele bude mít fakt, že vykonává svoji profesi v mateřské škole. Zatímco některým učitelkám povolání imunitu posiluje (jak uvedlo 10 respondentek), jiným ji působení negativních vlivů profese zcela oslabuje (dle tvrzení 8 respondentek)¹²¹, a to bez ohledu na délku praxe či věk učitelek. Proto lze učinit závěr, že velmi záleží na individuální odolnosti každé učitelky, míře do jaké je schopna zvládat zátěž (včetně negativní fyzických a psychických vlivů) a délce působení negativních vnějších vlivů, ohrožujících její zdraví.

Získaná data je možné vykládat dále tak, že pro učitelky není složité určit pozitivní dopad vlivů profese tehdy, pokud se vlivy odrážejí v oblasti psychiky a oblasti fyzická. Stejně tak zřetelně vnímají negativní dopad výkonu profese na zdraví v propojení nepříznivých vlivů v oblasti duševní a tělesné, nebo odděleně – v propojení nepříznivých vlivů na oblast psychického a fyzického zdraví.

Přestože se v dotaznících vyskytly odpovědi uvádějící problémy sociální a psychosociální (viz odpovědi na otázku č. 4, 12), v poslední 16. otázce žádná z učitelek nedala tyto problémy do souvislosti s vlastním zdravím a neuvedla, že by pociťovala vliv těchto negativ na svůj zdravotní stav, i když se prokazatelně jedná o nepříznivé vlivy profese na učitelovo zdraví.

¹²¹ Jedna učitelka své tvrzení podporuje sdělením, že „snížení imunity (má) potvrzeno na hematologii“.

7.2.2 Srovnání výsledků dotazníkových šetření z let 2007 a 2010

Při pohledu na povahu dat z roku 2007 (Marešová, 2007) a 2010 je možné vytvořit určitou komparaci některých zjištěných skutečností za předpokladu, že budeme tolerovat početní rozdíl 3 dotazníků – v roce 2007 byl počet učitelů 63, v roce 2010 čítala výzkumná skupina 60 učitelek. V případě kvantitativního šetření (2007) byly získávány odpovědi na otázky uzavřené¹²², kdežto kvalitativní výzkum (2010) otevřeností otázek umožňoval porovnávání jednotlivých výstupů a získání odpovědí i na to, nač dotazník nebyl explicitně zaměřen.

Kvantitativní šetření z roku 2007 přineslo zjištění ohledně zdravotního chování učitelů mateřských škol. 63 dotázaných pedagogů běžných MŠ odpovídalo na otázky, které měly odhalit, nakolik učitelé naplňují během práce v mateřských školách své lidské potřeby, a to napříč úrovněmi Maslowova modelu potřeb.

Učitelé k odpovědím využívali škálu¹²³

NIKDY – VÝJIMEČNĚ – OBČAS – ČASTO – PRAVIDELNĚ

- nikdy – výrok neplatí za žádných okolností;
- výjimečně – výrok platí sporadicky, spíše náhodně;
- občas – výrok někdy platí, někdy ne;
- často – výrok platí skoro vždy, ve většině případů, ale ne pokaždé;
- pravidelně – výrok platí vždy, je samozřejmostí, pravidlem.

Výsledky tehdejšího dotazníkového šetření (relevantní pro srovnání s výzkumem roku 2010) lze shrnout do dvou okruhů: 1. přístup učitelů MŠ ke zdraví a nemoci, 2. vliv profese na zdraví učitelů MŠ.

1. Přístup učitelů MŠ ke zdraví a nemoci.

Zatímco v roce 2007 se při nemoci léčilo doma 40% učitelů výjimečně a 10% nikdy, v roce 2010 z hodnocení vyplynulo, že 38% učitelek svoji nemoc léčí v pracovní

¹²² Explorandi odpovídali přímo na položené otázky – „Když jsem nemocná, léčím se a nemusím do mateřské školy“ – nikdy / výjimečně / občas / často / pravidelně.

¹²³ Viz evaluační nástroj programu MŠPZ INDI (Havlíková, Vencálková eds., 2008, s. 189).

neschopnosti a 32% nikoli. Zatímco v roce 2007 označilo jako důvod „neléčení“ nemoci nepříznivou finanční situaci 8% dotázaných, v roce 2010 tuto skutečnost uvedly v odpovědi na otázku č. 10 pouze 2 učitelky (3%).

V roce 2007 35% učitelů uvedlo, že musí jít do práce vždy i přes nachlazení (rýma, mírná chřipka), 21% často a 26% občas. Dotazníkové šetření z roku 2010 potvrdilo, že jsou stále takové učitelky, které chodí do práce nemocné (7%) a že určitá část učitelek nevnímá nachlazení jako skutečnou nemoc nebo důvod k pracovní neschopnosti (5%).

Tabulka č. 1: Srovnání profesně podmíněného chování učitelů k nemoci v letech 2007 a 2010

<i>Typické chování učitelů</i>	<i>rok 2007</i>	<i>rok 2010</i>
Učitelé, kteří při nemoci zůstávají doma a léčí se.	40% výjimečně	38% se léčí v pracovní neschopnosti
Učitelé, kteří jdou nemocní do práce.	10% nikdy	32% se neléčí v pracovní neschopnosti
Učitelé, kteří jdou do práce i přes nachlazení (učitelé, kteří uvádějí, že do práce musí jít).	35% vždy 21% často 26% občas	7% vždy 5 % učitelek nevnímá nachlazení jako skutečnou nemoc nebo důvod k pracovní neschopnosti
Za důvod „neléčení“ nemoci učitelé udávají nepříznivou finanční situaci.	8% učitelů	3% učitelek

2. Vliv profese na zdraví učitelů MŠ.

Při odchodu z práce uvedlo v roce 2007 fyzické vyčerpání ve většině případů 40% učitelů, občas (někdy ano, někdy ne) 45% učitelů. V roce 2010 z uvedených důvodů, které

učitelky hodnotily na práci v MŠ jako unavující, jich mělo 36% povahu fyzické zátěže, z 30 učitelek, které uvedly negativní vliv učitelské profese na zdraví, 27% konkretizovalo nepříznivý vliv jako fyzické povahy.

Psychické vyčerpání při odchodu z práce v roce 2007 zaznamenalo ve většině případů 45% učitelů a jako občasné 33%. V roce 2010 z uvedených důvodů, které učitelky hodnotily na práci v MŠ jako unavující, jich bylo 95% psychicky zatěžujících, z 30 učitelek, které uvedly negativní vliv učitelské profese na zdraví, 33% konkretizovalo nepříznivý vliv jako psychické povahy.

Kvalitativní výzkum v roce 2010 odhalil negativní vliv učitelské profese na psychofyzickou rovinu zdraví – 40% ze 30 učitelek označilo za nepříznivou kombinaci tělesné a duševní zátěže.

Tabulka č. 2 Důsledky zvýšené zátěže na zdraví pedagogů

<i>Vliv učitelské profese na zdraví učitele mateřské školy</i>	<i>rok 2007</i>	<i>rok 2010</i>
Fyzicky vyčerpání učitelé v důsledku výkonu své profese:	40% většinou 45% občas	důvody, proč je práce v MŠ vyčerpávající – 36% uvedených důvodů mělo povahu fyzické zátěže
Psychicky vyčerpání učitelé v důsledku výkonu své profese:	45% většinou 33% občas	důvody, proč je práce v MŠ vyčerpávající – 95% uvedených důvodů mělo povahu psychické zátěže
Kombinace fyzické a psychické zátěže:		40% ze 30 učitelek uvedlo nepříznivý vliv psychofyzické povahy

7.3 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření z roku 2010

Výzkumné šetření mělo zodpovědět čtyři výzkumné cíle, jejichž porozumění měly prohloubit odpovědi na čtyři výzkumné otázky. První cíl byl zaměřený na postoj, který předškolní pedagogové zaujímají obecně ke zdraví. K němu se vázaly dvě výzkumné otázky: zda učitelé považují své zdraví za důležité pro svoji práci a zda zájem o zdraví koreluje s věkem pedagogů. Druhý cíl zjišťoval, jaké je propojení osobního a profesního života pedagogů z hlediska zdraví. Prohloubení odpovědi měla přinést třetí výzkumná otázka: zda učitelé vnímají svůj zdravotní stav jako předpoklad pro kvalitní výkon učitelské profese. Třetí a čtvrtý cíl sledoval, co pedagogové hodnotí na profesi vzhledem ke svému zdraví jako pozitivní a negativní. Příslušná výzkumná otázka měla upřesnit, zda subjektivní pocity pohody a nepohody mohou ovlivnit výkon učitele při práci.

Cílem prvním bylo zjistit, *jak pedagogové vnímají pojem zdraví a jaký postoj k němu zaujímají*. Rozborem získaných odpovědí jsem zjistila, že učitelky na zdraví pohlíží buď jako na podmínku nebo prostředek. Jde tedy o vnímání zdraví na škále mezi pojetím, jenž se rovná *charakteristickému postoji k životu vykazujícím rysy integrity (SOC)* a pojetím, které zdraví definuje jako *schopnost dobrého fungování (fitness)*. Jinými slovy, učitelkám je buď vlastní velká míra odolnosti (ve smyslu definice „*hardiness*“), jejíž složky tvoří oddanost určitému přesvědčení („předurčenost člověka k učitelství“) a chápání životních úkolů jako výzev, nebo je pro ně zdraví synonymem pro dobrou kondici, schopnost tělesně či duševně uspokojivě žít i pracovat, pro optimální stav umožňující efektivní plnění role pedagoga, prostředek k plnění úkolů, jež profesi přináší.

K prvnímu cíli se vázala **první výzkumná otázka** hledající odpověď na to, zda učitelé považují své zdraví za důležité pro svoji práci. Celkově výzkum přinesl zjištění, jak malé procento učitelek uvedlo obeznámenost s tématem prevence zdravotních rizik povolání. Nadpoloviční většina (52%) učitelek se k problematice nevyjádřila. Navíc 68%

těch, které o tématu nemají žádné informace, je ve věku 20-30 let¹²⁴. Zde spatřuji příčinu toho, proč mohou v pozdějším věku vznikat u učitelů zdravotní problémy v důsledku výkonu jejich povolání. *Povědomí o prevenci a ochraně vlastního zdraví při výkonu povolání učitele MŠ* vypovídá o tom, do jaké míry považují učitelky své zdraví za důležité pro výkon své profese. Vědomosti tohoto typu by měl mít každý pedagog osvojeny před nástupem do praxe, měly by být součástí jeho předprofesní přípravy.

Vzhledem k zjištěným závěrům dotazníkového šetření lze říci, že pokud samotné učitelky:

1. hodnotí profesi pedagoga MŠ jako zdravotně náročnou,
2. vnímají zdravotní rizika vyplývající z výkonu povolání a
3. uvědomují si dopady, které výkon profese má na jejich zdraví,

bylo by žádoucí, aby praktiky prevence zdravotních rizik povolání nejen znaly, ale také každodenně a dlouhodobě prováděly.

K prvnímu cíli se vázala rovněž **druhá výzkumná otázka**, zda se stupňuje zájem o zdraví se vzrůstajícím věkem učitelů, nebo je vnímání vlastního zdravotního stavu nezávislé na stáří učitelů a délce souvislé praxe v MŠ. Analýza získaných odpovědí dotazníkového šetření prokázala vliv stáří učitelek a délku jejich souvislé praxe na vnímání a hodnocení zdravotního stavu vzhledem k vykonávané profesi:

- nejmladší dotazovaná skupina učitelek (ve věku 20-39 let) se o svůj zdravotní stav zajímá, respondentky většinou formulují vlivy profese na své zdraví; mladší učitelky věnují více pozornosti svému zdravotnímu stavu, ale celkově se nedá tvrdit, že by na své zdraví více dbaly;
- se vzrůstajícím věkem a dobou praxe se vytrácí dovednost učitelek formulovat vliv profese na zdraví, jako kdyby pro ně přestávalo být důležité, jak se zdravotně cítí a jaké zdravotní vlivy přisuzují učitelství v MŠ (signifikantní byl tento jev u věkové skupiny 40-63 let); lze se domnívat, že čím je učitel starší a zkušenější, tím více

¹²⁴ Možné vysvětlení nabízí odborná literatura, kde se uvádí, že mladí zdraví lidé často považují svůj dobrý zdravotní stav za samozřejmý: „Řada literárních zdrojů se shoduje v konstatování, že např. pro mladé zdravé osoby je zdraví sice též pozitivní, ale spíše obecnou, abstraktní hodnotou a je vnímáno do značné míry jako samozřejmost...“ (Kebza, 2005, s. 9).

vnímá vlivy na své zdraví jako podružné a pro výkon profese méně podstatné, nebo díky svým zkušenostem dokáže efektivněji čelit zátěži pracovního procesu a jeho pozornost se zaměřuje především na přínos, který učitelství nabízí.

Druhý cíl zjišťoval, jaké je z hlediska zdraví propojení osobního a profesního života pedagogů. Vliv profese na osobní život z hlediska zdraví je výraznější u negativních vlivů než u pozitivních (počet učitelek, které přecházejí nemoc je dvakrát vyšší než počet těch, které se léčí v pracovní neschopnosti). Pozitivní vliv na zdraví má profese jednoznačně v přínosu tématu zdravotní prevence do osobního života učitelů. Do souvislosti s profesí lze zřejmě dát i fakt, že nadpoloviční většina učitelek tráví volný čas aktivním odpočinkem – pohybem, který je zdrojem pohody a odreagování. Navíc pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na psychickou pohodu, zejména příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi a percepci stresu. Při hodnocení vlivu profese na zdraví označily pohyb jako pozitivní celé dvě třetiny učitelek.

Je třeba konstatovat, že z hlediska působení negativních vlivů na výkon profese učitelky jako celek vykazují značnou schopnost zvládat zdravotní překážky pro výkon svého povolání (11 učitelek uvedlo, že jejich výkon *nic* neomezuje, 15 učitelek, což je čtvrtina dotazovaných, stejnou odpověď přiřadilo k otázce „*co zcela znemožňuje Váš výkon*“).

Hlubší porozumění přinesla odpověď na **třetí výzkumnou otázku**, zda učitelé mateřských škol vnímají svůj dobrý zdravotní stav jako předpoklad pro kvalitní výkon učitelské profese. Podklady pro její formulování poskytla analýza odpovědí na otázku č. 9 („*Co je zdravotním limitem pro výkon Vašeho učitelského povolání?*“). Získaná data jsou odrazem subjektivního vnímání vlastního zdravotního stavu učitelek ve vztahu k vykonávané profesi učitele mateřské školy a vypovídají o míře, v jaké učitelky vnímají kvalitu svého zdraví jako podstatnou pro výkon své profese a do jaké míry kvalitu jejich povolání neovlivňuje.

Z hlediska toho, jaký *vliv na výkon profese mají postoje učitelek ke zdraví* lze říci, že postoje učitelek ke zdraví a charakteristické rysy jejich osobnosti jsou klíčové pro vztah

vnímané míry učitelstvím přinášené zátěže a pracovní spokojenosti učitelek. Jinak řečeno, postoj učitelek ke zdraví ovlivňuje výkon jejich profese do té míry, do jaké vnímají pracovní zátěž relevantní při hodnocení svojí pracovní spokojenosti. Jak uvádí rovněž K. Paulík (1999, s.52) „*Učitel posuzuje podmínky své práce vzhledem k očekávání vycházejícímu z jeho potřeb, zájmů, aspirací, postojů i hodnot.*“

Učitelky hodnotí své zdraví jako důležité vzhledem ke svému povolání zejména ve chvíli, kdy zaznamenají nějaký zdravotní problém. Ten jsou schopny reflektovat a dle typu své osobnosti nalézat uspokojivé řešení (na škále mezi ignorováním problému a jeho řešením). Obecně si jsou učitelky vědomy dopadů, které může mít učitelství na zdravotní stav (83% učitelek zhodnotilo profesi jako náročnou a uvedlo v čem, 17% nevnímá zdravotní náročnost za signifikantní), dokáží popsat podporující a ohrožující vlivy profese na zdraví. Schopnost učitelek reflektovat obecně dopady, které může mít učitelství na zdravotní stav a opačně, je téměř stoprocentní. V osobní rovině se popis skutečnosti nejčastěji redukoval na konstatování faktických projevů negativních nebo pozitivních vlivů na zdraví, učitelky často rozváděly a odůvodňovaly své výroky v popisu psychických vlivů a některé dokonce uváděly příčiny, které vnímají jako významotvorné vzhledem ke sděleným důsledkům, jež produkuje povolání.

Vyhodnocení **třetího** a **čtvrtého cíle** (Co pedagogové hodnotí na učitelství vzhledem ke svému zdraví jako *pozitivní* a co jako *negativní*?) přineslo následující zjištění. Obecně lze říci, že většině učitelek se snáze nacházejí pozitivní a negativní vlivy profese na zdraví v obecné rovině (otázka č. 4), hůře pak dávají do souvislosti vlivy profese s odpovídajícími projevy, které osobně pociťují (otázka č. 16). Podle srovnání odpovědí ve všech dotaznících, 37 učitelek (62%) nedokázalo definovat dopady vlivů profese na zdraví v obecné a subjektivní rovině¹²⁵. 23 učitelek (38%) bylo více méně schopno obě otázky rozlišit a adekvátně na ně odpovědět.¹²⁶

¹²⁵ Nejčastější byly formulace pozitiv a negativ povolání vzhledem ke zdraví v obecné rovině (ot. č. 4) v kombinaci se zápornou odpovědí či absence odpovědi u otázky zaměřené na subjektivní hodnocení (ot. č. 16).

¹²⁶ Například učitelka, která odpověděla na ot. č. 4, že pozitivní vliv na zdraví má z profese učitele dostatek pohybu a negativní vliv nadměrný hluk; odpověděla na ot. č. 16, že v pozitivním smyslu profese ovlivnila její zdraví tak, že ji práce stále těší a baví a v negativním smyslu, že hůř slyší.

Konkrétně shrňme, co učitelky hodnotí na profesi jako pozitivní a negativní vzhledem ke svému zdraví a které zdravotní problémy vnímají jako překážku pro výkon učitelské profese. Za příznivé učitelky nejčastěji označovaly *pozitivní pocity spojené s výkonem povolání, pozitivní psychické ladění a radost z práce*. Mezi faktory, které hodnotily v negativním smyslu byl jednoznačně *stres*, dále pak *psychická únava, vyšší nemocnost a hluk*. Nejčtenějším důvodem označeným za překážku ve výkonu profese učitele MŠ byla *nemoc v nezvladatelné úrovni a bolest*.

Odpověď na poslední, **čtvrtou, výzkumnou otázku** měla vysvětlit vliv subjektivních pocitů pohody a nepohody na pracovní výkon pedagoga. Nezdá se, že by učitelky uplatňovaly „zkušenostní“ přístup ke zvládání zdravotních problémů a nemoci.¹²⁷ Vnímají pocity pohody a nepohody, ale zkušenost s nemocí nebo zážitek nemoci při výkonu povolání nemá formativní charakter – neutváří postoj učitelek k nemoci, ani jej neovlivňuje a není též příčinou změny v přístupu ke zdravotním problémům do budoucna.¹²⁸ Jako kdyby byla pro některé učitelky nemoc skutečnost, kterou je třeba přetrpět, za každou cenu zvládnout¹²⁹, nikoli apelující stav, který je třeba řešit, ať již z hlediska krátkodobého (lечение akutních příznaků) nebo dlouhodobého (reflexe stavu + prevence do budoucna).

7.4 Diskuse

7.4.1 Diskuse nad povahou dat získaných dotazníkovým šetřením

Pro představu, co mohlo mít vliv na povahu získaných dat a jejich kvalitu si uvedme hlavní charakteristiky zkoumaného souboru respondentů:

1. přibližně polovina učitelek byla ve věku 20-30 let (27) s délkou praxe do 5 let včetně (29);

¹²⁷ Jak dokládají odpovědi na otázky 6-8.

¹²⁸ Toto tvrzení podporuje vyhodnocení otázek 9 a 10.

¹²⁹ Viz vyhodnocení 16. otázky.

2. dvě třetiny učitelek již mají ukončené vysokoškolské vzdělání, ukončené bakalářským titulem;
3. nadpoloviční počet učitelek je z krajů Praha, Jihomoravského a Středočeského;
4. zastoupení žen ve výzkumném souboru bylo stoprocentní;
5. v převážné většině učitelky pracují v mateřské škole, studují a mají vlastní rodinu.

Ad 1: Přibližně polovina učitelek byla ve věku 20-30 let (27) s délkou praxe do 5 let včetně (29).

Vzhledem k tomu, že byly dvě třetiny (41) sledovaných učitelek ve věku 20 – 39 let a jedna třetina (19) ve věku 40-63 let¹³⁰, dal by se předpokládat vliv takového nepoměru na výsledky šetření.

Při podrobnějším rozboru mladší věkové skupiny lze zjistit, že zejména mladší učitelky (stáří 20-30 let) s praxí v MŠ do 5 let *snadněji* a *ve větším počtu definovaly negativní subjektivní dopady* učitelské profese na zdraví, než pozitivní.

Při podrobnějším rozboru starší věkové skupiny, kde by bylo na místě očekávat větší negativní dopad učitelské profese na zdraví učitelek vyšlo najevo, že se tento předpoklad nepotvrdil:

- 12 učitelek z této kategorie neodpovědělo na negativní vliv pedagogické profese na zdraví *vůbec* (63%);
- 2 učitelky uvedly, že hůř slyší – po 21 letech praxe a 10 letech praxe;
- 2 uvedly, že profese mohla ovlivnit jejich zdraví, ale „*nemají čas se pozorovat*“.

Ad 2: Dvě třetiny učitelek již mají ukončené vysokoškolské vzdělání, ukončené bakalářským titulem..

Neměly by být tyto učitelky po absolutoriu na VŠ nejvíce obeznámeny s problematikou zdraví a prevence nemocí? Dalo by se předpokládat, že díky

¹³⁰ Věkovou hranici 40 let lze u učitelek MŠ považovat za zlomovou – učitelky v tomto věku bývají zkušenější než na začátku výkonu profese, mívají již zkušenosti s vlastními dětmi a dá se očekávat, že jsou zralými osobnostmi. 63 let byl nejvyšší věk účastnice šetření.

vysokoškolskému vzdělání budou učitelky více obeznámené s daným tématem a s ním spojenou problematikou. Výzkum však přinesl překvapující zjištění. Na otázku, zda se setkaly po dobu své praxe s tématem „prevence zdravotních rizik povolání“:

- 21 učitelek ve věku 20-30 let uvedla zápornou odpověď „NE“;
- z 29 kladných odpovědí „ANO“ pouze 6 učitelek uvedlo, že se s tímto tématem setkaly ve škole.

Z toho vyplývá, že prevenci zdravotních rizik povolání není v osnovách VŠ věnována dostatečná pozornost (viz podkapitola 2.8) a účastnice výzkumu se proto s daným tématem nesetkaly, nebo že způsob, jakým bylo téma „zdraví a nemoc“ ve vztahu k povolání učitele MŠ pojednáno, nebyl dostatečně efektivní.

Ad 3: Nadpoloviční počet učitelek je z krajů Praha, Jihomoravského a Středočeského.

Vzhledem ke zjištěním, která uvádí Český statistický úřad a Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky „nejvyšší nemocnost v období let 2000 – 2009 vykazovaly Moravskoslezský a Zlínský kraj, naopak nejnižší ve všech letech hl. město Praha a po něm, s výjimkou roku 2009 i Středočeský kraj. Od roku 2005 se průměrné procento pracovní neschopnosti nejvíce snížilo v moravských krajích, z nich nejvíce v Moravskoslezském a Jihomoravském. Územně je míra pracovní neschopnosti dosti diferencována a vysvětlení není triviální. Trvale je nejnižší v Praze, vysoká je na severu ČR a roste směrem na východ.“ (Internet 4)

Pro upřesnění tedy dodejme, že většina dotázaných pocházela z krajů s dlouhodobě nejnižší nemocností.

Ad 4: Zastoupení žen ve výzkumném souboru bylo stoprocentní.

Jak uvádí J. Bendl (2002), ženský pedagogický kolektiv může nepříznivě ovlivňovat klima učitelského sboru, rovněž typicky ženské projevy myšlení a řešení problémů mohou některé učitelky shledat jako nevyhovující, dokonce i frustrující. S těmito poznatky lze souhlasit, platí i v současné době. Výkon profese v čistě ženské komunitě mateřské školy má na učitelky jistě specifický vliv. V teoretické části byly zmíněny rozdíly ve zvládání

zátěže u žen a mužů (např. oddíl 1.2.3, 2.6.2). Vzhledem k absolutní feminizaci výzkumného souboru lze tedy konstatovat, že výsledky výzkumu vypovídají pouze o ženách učitelkách a poznatky, které přinesl výzkum nelze vztahovat na muže učitele.

Ad 5: V převážné většině učitelky pracují v mateřské škole, studují a mají vlastní rodinu.

J. Bendl (2002) také zmiňuje, že ženy učitelky bývají přetíženy v důsledku jejich dvojitého pracovního úvazku (v práci a v domácnosti). Toto sdělení není překvapující. Pokud navíc studují, jsou vystaveny obzvláště vysoké zátěži. Z hlediska těchto kritérií můžeme konstatovat, že výzkumný soubor byl vybrán vhodně. U těchto učitelek je možné lépe zkoumat zdravotní odolnost a copingové strategie, neboť lze očekávat, že se u nich budou spíše projevovat negativní dopady spojené s výkonem učitelské profese, než u méně zatížených kolegyně. Rovněž výpovědi těchto respondentek o způsobu, jakým tráví svůj volný čas přináší obraz o tom, co je pro učitelky skutečně důležité – čím svůj volný čas tráví, i když ho mají objektivně méně, než jejich nestudující svobodné kolegyně.

7.4.2 Otázky do diskuse

- Jaké motivy rozhodují o tom, že učitelé buď své zdraví podporují, nebo nikoli?

Motivy, které rozhodují o tom, zda učitelky své zdraví podporují, nebo nikoli nebyly výzkumným šetřením odhaleny. Ze způsobu, jakým definovaly, co pro ně znamená „být zdravý“ se dá odvodit, zda konkrétní učitelka svým chováním zdraví spíše podporuje, nebo poškozuje. Například, pokud se pro učitelku zdraví rovná „nejdůležitější hodnotě na žebříčku“, dá se předpokládat, že své zdraví podporuje a chrání. Tato zjištění však nelze interpretovat jako samotné motivy pro chování podporující nebo nepodporující zdraví. Do jaké míry tedy výkon profese pedagogy motivuje k ochraně zdraví?

- Existuje v osobnosti člověka a obecně v učitelské profesi něco, co zásadně ovlivňuje budoucí přístup pedagoga k vlastnímu zdraví, něco, čemu bychom měli

věnovat zvláštní pozornost při přípravě předškolních pedagogů na učitelské povolání?

Na základě teoretických poznatků i výsledků dotazníkového šetření lze říci, že jednoznačně výhodnou charakteristikou se jeví odolnost ve smyslu hardiness (viz oddíl 1.2.3), nejméně vhodná se jeví zvýšená feminita (tamtéž). Zvýšenou pozornost by tedy bylo vhodné věnovat osobnostním dispozicím adeptů studia učitelství (jejich citlivosti vůči zátěži, resp. stresu) a strategiím zvládání (viz oddíl 2.6.2), které užívají. V neposlední řadě by jistě bylo vhodné věnovat se při přípravě předškolních pedagogů na učitelské povolání tématům duševní hygieny a zdravotním rizikům spojeným s výkonem profese učitele MŠ. Konkrétně v učitelské praxi, každodenně užívaným technikám, které pomohou učitelům udržet zdraví.

- Vede profese pedagogy MŠ k určitému typu jednání, které má za následek specifické dopady na jejich zdraví? Čím je toto chování charakteristické?

Do budoucna bychom si měli položit otázku, zda chování, které ohrožuje zdraví některých učitelů, nelze považovat za dlouhodobý životní styl, vycházející z životního postoje ignorování vlastních potřeb. A zda je toto rizikové jednání typické pro individuální jedince, nebo charakterizuje předškolní pedagogy, jejichž řešení zdravotní otázky je reakcí na zátěž vzdělávacího procesu (zejména negativních vlivů učitelské profese na zdraví) a vykazuje povahu skupinového konformismu, tedy „*tendenci přizpůsobovat své názory, postoje a z nich vycházející jednání názorům, postojům a aktům jednání ostatních členů skupiny, event. společnosti*“ (Kebza, 2008, s. 7)¹³¹. Jde u učitelů o určitou snahu „*vyhovět skupinovým normám a dosáhnout pozitivního ocenění této tendence formou podpory, odměny a vyhnout se negativní reakci na nedodržování skupinových norem*“ (tamtéž, ibid.)?

¹³¹ Skupinová koheze učitelů je ovlivněna téměř všemi faktory, které na ni mají vliv – fyzickou blízkostí, stejnou či podobnou vykonávanou činností, pohlavní (popř. hodnotovou, názorovou či postojoyou) homogenitou, sociální pozicí, velikostí skupiny do 15 členů.

8. Závěr

Pro každého člověka má pojem zdraví jiný obsah, v žebříčku hodnot zaujímá jinou příčku. V závislosti na tom však člověk jedná buď tak, že zdraví podporuje, nebo nikoli. Také ve svém zaměstnání, buď považuje zdraví za podstatné, nebo nikoli.

V této práci byl zpracován pohled na zdraví pedagogů mateřských škol ve vztahu k jejich profesi z hlediska teoretického i praktického, aby bylo možné nahlédnout problematiku zdraví předškolních učitelů v co největší míře. Proto byl v první části práce poměrně velký prostor věnován tématu „lidské zdraví a vliv, který na něj může mít výkon povolání“. Práce v teoretické rovině ukazuje, jaké determinanty mají pozitivní nebo negativní vliv na kvalitu lidského života. Podrobně se věnuje známým zdravotním rizikům, která souvisejí s výkonem povolání, respektive výkonem učitelské profese. Využívá při tom názory mnoha českých i zahraničních odborníků, podpořené mnohými výzkumy. Teoretickou část uzavírá pojednání prevence, poskytující podněty pro praktické využití.

V rámci praktické části bylo prvním cílem zjistit, jaký postoj předškolní učitelé zaujímají ke svému zdraví. Dalším cílem bylo zjistit, jaké je propojení profesního a osobního života pedagogů s ohledem na zdraví. Úkol zjistit, co učitelé hodnotí na své profesi vzhledem ke svému zdraví jako pozitivní a negativní, obsahovaly další dva cíle.

Dle výstupů empirického šetření lze říci, že účastnice dotazníkového šetření hodnotí jako nejdůležitější psychickou a fyzickou stránku zdraví, která se projevuje v míře psychické a fyzické pohody. A že své zdraví vnímají nejčastěji jako prostředek k dosažení určitého jiného cíle, kterým je stav uspokojivých vnitřních podmínek pro realizaci pracovního procesu. Celé spektrum jednotlivých zjištěných přístupů ke zdraví u učitelek vypovídá o jejich poměrně vysoké toleranci vůči pracovní, respektive zdravotní zátěži. Za ní stojí, jak se domnívám, poměrně velká odolnost učitelů, jejich schopnost nacházet copingové strategie, umožňující vyrovnat se s nároky učitelství v mateřské škole. Dále pak smířenost učitelek s danými podmínkami v preprimárním školství a jejich víra ve smysluplnost vykonávané práce.

Učitelky ve velkém počtu nerespektují vlastní zdravotní stav, a to ani v případě, že si jsou vědomy svých zdravotních problémů. Některé učitelky dávají otevřeně najevo svoji schopnost nemoci vzdorovat za každou cenu, jako by to byla přednost a důkaz míry osobního pracovního nasazení. Při zátěži, která je charakteristická nižší intenzitou, příležitostným (spíše než souvislým) projevováním a občasným (spíše než pravidelným) působením, lze uvažovat o principu posilování, zvyšování odolnosti, u těch pedagogů, kteří takovou zátěž „přecházejí“ a jeví se tedy vůči ní „otužilejší“ než ti, kteří jí podléhají. Musí se však jednat o typ zátěže, která nedosahuje nepřiměřenosti vzhledem k individuálnímu mechanismu zvládání zátěže u pedagoga a jejíž zvládání pro učitele neznamena snášení nadprůměrného stresu. Naopak ty učitelky, jejichž vrozené predispozice (zejména psychická vybavenost) neodpovídají dostatečné kapacitě psychické odolnosti, kvůli těmto osobnostním charakteristikám hůře snáší výkon učitelské profese. Oproti předešlé skupině jsou spíše ohroženy stresem a nespokojeností a tvoří tedy rizikovou skupinu vystavenou ve větší míře negativním vlivům na zdraví, které produkuje výkon povolání učitele v mateřské škole.

Jak se ukázalo, sledované učitelky si jsou vědomy negativních zdravotních vlivů, majících svůj původ v učitelském povolání. Ale i přesto, že tyto nepříznivé faktory ovlivňují jejich zdravotní stav, svojí důležitostí a intenzitou nepřeváží pozitivní vlivy, které rovněž pramení z průběhu vzdělávacího procesu. Pokud se jedná o subjektivní vnímání pozitivních a negativních vlivů, které má profese na zdraví učitele, lze tedy soudit, že „psychická pozitiva“ svojí důležitostí předčí „fyzická negativa“. Jak ukazují výsledky výzkumu, mezi profesně podmíněné pozitivní vlivy na zdraví pedagogové řadili pozitivní pocity spojené s výkonem povolání a zlepšení imunity a odolnosti; za negativní vlivy označili stres, vyšší nemocnost a působení hluku.

Získaná data nelze interpretovat pomocí tvrzení, že vztah zjištěných rizik a vznik negativních projevů zdravotního rázu u učitelek je jednoznačně příčinný. Neexistuje totiž kauzální vztah mezi „exponováním“ učitele v rámci výkonu svého povolání negativním vlivům, jež učitelství v MŠ produkuje, a následnému objevení nepříznivého zdravotního jevu. Výsledky dotazníkového šetření je třeba chápat na základě porozumění vnitřní logice

zkoumaných procesů, událostí a jevů, v jejich co nejširším kontextu. Hlavním psychologickým rysem ovlivňujícím získané odpovědi na otázky zkoumající přínos a dopad učitelství v MŠ na zdraví byl subjektivní prožitek učitelek, interindividuálně se lišící subjektivně zpracovaná zkušenost. Tím pádem není možné vyvozovat žádné závěry, které by bylo možné označit za jednoznačné a stoprocentně platné. Ze zjištěných dat je možné vyvodit teorii určité pravděpodobnosti, která říká, že pokud si učitelé nebudou všimnat zdravotních rizik, jež plynou z výkonu jejich povolání, a budou svým chováním poškozovat své zdraví, existuje z dlouhodobého hlediska poměrně vysoké riziko vzniku nemoci z povolání, ovlivňující nezvratně jejich zdravotní stav.

V osobnosti učitele a učitelské profesi existuje mnoho rysů, jimž bychom měli v budoucnu věnovat zvláštní pozornost, zvláště pak při přípravě pedagogů na učitelské povolání. Výsledky dotazníkového šetření ukázaly to, co bylo možné v obecné rovině předpokládat, že práce učitele mateřské školy dokáže být pro učitelky zdrojem radosti a naplnění, ale také v sobě skrývá riziko nezvladatelné zátěže. Právě na zvládání stresu a s ním spojených nepříznivých vlivů na zdraví by se měla předprofesní příprava zaměřit nejvíce. Dále pak na zjišťování osobnostních vlastností a lidských kompetencí, které by u pedagogů vypovídaly o míře, v jaké jsou schopni své zdraví podporovat, a to rovněž v rámci své učitelské profese. Aby bylo v příštích letech více těch, kteří budou učitelskou profesi vykonávat s vědomím, že jejich zdraví může být po celou dobu pedagogické praxe chráněno a zachováno i do pozdního věku.

9. Seznam použitých informačních zdrojů

9.1 Literatura

- ATKINSON, R. L. a kol. *Psychologie*. 2., aktual. vyd. Praha: Portál, 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
- BEDRNOVÁ, E. a kol. *Duševní hygiena a sebeřízení*. 1. vyd. Praha: VŠE, 1996. 190 s. ISBN 80-7079-019-9.
- BEDRNOVÁ, E. a kol. *Management osobního rozvoje*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2009. 359 s. ISBN 978-80-7261-198-0.
- BENDL, J. Feminizace školství a její pedagogické konsekvence. In *Pedagogická orientace 4/2002*. Brno: Konvoj, 2002. s. 19-35. ISSN 1211-4669.
- BLATNÝ, M. Osobnostní determinanty sebehodnocení a životní spokojenosti: mezipohlavní rozdíly. In *Československá psychologie 2001*. Praha: Academia, 2001. s. 385-392. ISSN 0009-062X.
- BOWLING, A. *Research methods in health: investigating health and health services*. 2. vyd. Maidenhead: Open University Press, 2005. 486 s.
- BREZINKA, W. *Filozofické základy výchovy*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1996. 213 s. ISBN 80-7113-169-5.
- BROCKERT, S. *Ovládání stresu*. 1. vyd. Praha: Melantrich, 1993. 144 s. ISBN 80-7023-159-9.
- BROWN, M; RALPH, S. *Managing Stress in Schools. Effective strategies for teachers*. Plymouth: Northcote House Publisher Ltd, 1994. 128 s. ISBN 0-7463-0652-0.
- COAN, R. W. *Optimální osobnost a duševní zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 232 s. 80-7169-662-5.
- DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. 4 vyd. Praha: Portál, 2003. 175 s. ISBN 80-7178-766-3.
- FABER, A.; MAZLISH, E. *Jak mluvit, aby nás děti poslouchaly*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2011. 248 s. ISBN 978-80-251-1747-7.
- FABER, A.; MAZLISH, E. *Sourozenci bez rivality*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009. 176 s. ISBN 978-80-251-2312-6.
- FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
- HAVLÍK, R. Zrození učitele. In *Učitelské povolání z pohledu sociálních věd*. 1. vyd. Praha: PedF UK, 1998. 146 s., ISBN 80-86039-72-2.
- HAVLÍK, R.; KOŤA, J. Sociologie výchovy a školy. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 184 s. ISBN 80-7178-635-7.
- HAVLÍNOVÁ, M. (eds.): *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 280 s. ISBN 80-7178-263-7.

HAVLÍNOVÁ, M.; VENCÁLKOVÁ, E. (eds.): *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole*. 3. aktual. vyd. Praha: Portál, 2008. 224 s. ISBN 978-80-7367-487-8.

HELUS, Z. *Úvod do sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: PedF UK, 2001. 196 s. ISBN 80-7290-054-4.

KEBZA, V. *Pracovní výkon a kvalita života při práci: I. část*. 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2008. 40 s. ISBN 978-80-213-1753-6.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření. Hlavní příznaky, výskyt, možnosti terapie a prevence*. (Videopořad, vytvořený s finančním příspěvkem MŠMT ČR.) Praha: SZÚ ve spolupř. s agenturou Fontis, 2001.

KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. rozšíř. a dopl. vyd. Praha: SZÚ, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

KOMENSKÝ, J. A. *Vševýchova*. Praha: Státní nakladatelství, 1948. 269 s.

KOPŘIVA, P.; NOVÁČKOVÁ, J.; NEVOLNÁ, J.; KOPŘIVOVÁ, T. *Respektovat a být respektován*. 2. vyd. Kroměříž: Spirála, 2006. 286 s. ISBN 978-80-904030-0-0.

KOŤÁTKOVÁ, S. Humanisticky orientovaná proměna učitelky v MŠ. In *Retrospektiva a perspektiva předškolního vzdělávání a příprava předškolních pedagogů*. Praha: Asociace předškolní výchovy, 2002, s. 70-80.

KOVALIKOVÁ, S. *Integrovaná tématická výchova*. 1. vyd. Kroměříž: Spirála, 1995. 304 s. ISBN 80-901873-0-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KYRIACOU, CH. *Klíčové dovednosti učitele: cesty k lepšímu vyučování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 155 s. ISBN 80-7178-965-8.

MAREŠ, J. Pacientovo subjektivní pojetí zdraví a nemoci. In *Praktický lékař 2006*, 86, č. 2. Praha: Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, 2006. s. 109-114. ISSN 0032-6739.

MAREŠOVÁ, L. *Naplňování přirozených lidských potřeb pedagogů mateřských škol z hlediska zdraví a zátěže výchovně vzdělávacího procesu*. Praha: Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta. Katedra primární pedagogiky, 2007. 48 s., 35 s. příloh. Vedoucí bakalářské práce PaedDr. Jana Havlová.

MIŠKOLCIOVÁ, L.; ŠIMKOVIČ M. Syndrom vyhorenia u učiteľov vo vzťahu k vybraným osobnostným dimenziám. In *Škola a zdraví 21*. Brno: Paido a Masarykova univerzita, 2005, s. 447-458. ISBN 80-7315-119-7.

MLČÁK, Z. Profesní kompetence vychovatelů a jejich hodnocení. In *Škola a zdraví 21*. Brno: Paido a Masarykova univerzita, 2005, s. 547-557. ISBN 80-7315-119-7.

- MOJŽÍŠEK, L. *Základy pedagogické diagnostiky*. 1. vyd. Praha: SPN, 1986. 208 s. ISBN 14-557-86.
- MORÁVEK, S. *Úvod do psychodiagnostiky dospělých*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1987. 144 s.
- NOVÁK, T. *Jak bojovat se stresem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 139 s. ISBN 80-247-0695-4.
- NOVÁK, T. *Sám sobě psychiatrem?* 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 97 s. ISBN 80-7169-210-7.
- OPRAVILOVÁ, E. Příprava předškolních pedagogů na úrovni vysoké školy. In *Retrospektiva a perspektiva předškolního vzdělávání a příprava předškolních pedagogů*. Praha: Asociace předškolní výchovy, 2002, s. 60-64.
- PAŘÍZEK, V. *Základy obecné pedagogiky*. 1. vyd. Praha: PedF UK, 1996. 76 s.
- PAULÍK, K. *Základy psychologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1998a. 131 s. ISBN 80-7042-518-0.;
- PAULÍK, K. Co obtěžuje učitele různých typů škol. In *Učitelé a zdraví I*. Brno: Pavel Křepela, 1998b, s. 35-41. ISBN 80-902653-0-8.
- PAULÍK, K. *Psychologické aspekty pracovní spokojenosti učitelů*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1999. 135 s. ISBN 80-7042-550-4.
- PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 496 s. ISBN 80-7178-170-3.
- PRŮCHA, J. *Učitel*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 160. s. ISBN 80-7178-621-7.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 3. rozš. a aktual. vyd. Praha: Portál, 2001. 322. s. ISBN 80-7178-579-2.
- Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2006. 48 s. ISBN 80-87000-00-5.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2007. 126 s.
- REICHEL, J. *Pokyny k vypracování diplomové/bakalářské práce*. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra andragogiky a personálního řízení, 2008. 63 s.
- ŘEHULKA, E. Model zdravé osobnosti a jeho aplikace v pedeutologii. In *Škola a zdraví 21*. Brno: Paido a Masarykova univerzita, 2005, s. 345-354. ISBN 80-7315-119-7.
- SHAUGHNESSY, J. J.; ZECHMEISTER, E. B. *Research methods in psychology* 2. vyd. New York: McGraw-Hill, 1990. 522 s.
- SPILKOVÁ, V. a kol. *Proměny primární školy a vzdělávání učitelů v historicko-srovnávací perspektivě*. 1. vyd. Praha: PedF UK, 1997. 121 s. ISBN 80-86039-41-2.
- SPILKOVÁ, V. a kol. *Proměny primárního vzdělávání v ČR*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 312 s. ISBN 80-7178-942-9.

SPILKOVÁ, V.; TOMKOVÁ A. a kol. *Kvalita učitele a profesní standard*. 1. vyd. Praha: PedF UK, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7290-49-9.

SPILKOVÁ, V.; VAŠUTOVÁ, J. a kol. *Učitelská profese v měnících se požadavcích na vzdělávání*. 1. vyd. Praha: PedF UK, 2008. 330 s. ISBN 978-80-7290-384-9.

Státní zdravotní ústav. *Manuál prevence v lékařské praxi: I. Prevence poruch a nemocí*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 1994. 141 s. ISBN 80-7168-097-4.

Státní zdravotní ústav. *Manuál prevence v lékařské praxi: VII. Doporučené preventivní postupy v primární péči*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 1999. 160 s. ISBN 80-7071-135-3.

Státní zdravotní ústav. *Manuál prevence v lékařské praxi: VIII. Základy hodnocení zdravotních rizik*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 2000. 160 s. ISBN 80-7071-161-2.

Státní zdravotní ústav. *Nemoci z povolání v České republice*. Praha: SZÚ, 2010. 94 s. ISSN 1804-5960.

Státní zdravotní ústav. *Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky ve vztahu k životnímu prostředí: souhrnná zpráva za rok 2008*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 2009. 84 s. ISBN 80-7071-306-8.

Státní zdravotní ústav. *Zdravotní stav populace: jak jsme na tom se zdravím*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 2004. 136 s. ISBN 80-7071-247-3.

STRÁDALOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, K. *Vybrané kapitoly ze statistiky I.* Dotisk. Praha: FF UK, 1997. 250 s. ISBN 80-7184-493-4.

SURYNEK, A.; KOMÁRKOVÁ, R.; KAŠPAROVÁ E. *Metody sociologického a sociálně psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: VŠE Praha, 1999. 119 s. ISBN 80-7079-203-5.

SVOBODA, M. *Metody psychologické diagnostiky dospělých*. 1. vyd. Praha: CAPA, 1992. 262 s. ISBN 80-7064-036-5.

SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. 2. vyd. Praha: Portál, 1999. 344 s. ISBN 80-7178-327-7.

SVOBODA, M. *Psychodiagnostika dospělých*. 2. vyd. Praha: SPN, 1987. 292 s. ISBN 17-133-87.

ŠOLCOVÁ, I. *Umíte si poradit se stresem?* 1. vyd. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1995. 7 s.

ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V.: Subjektivní zdraví: současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. In *Československá psychologie*. Praha: Academia, 2006, s. 1-15. ISSN 0009-062X.

ŠVEC, V. *Klíčové dovednosti ve vyučování a výcviku*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. 178 s. ISBN 80-210-1937-9.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2009. 260 s. ISBN 978-80-7280-845-8.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví České republiky 2010 ve statistických údajích*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 96 s. ISBN 978-80-7280-943-1.

VAŠINA, B. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1999. 84 s. ISBN 80-7042-546-6.

VAŠINA, B.; VALOŠKOVÁ, M. Učitel – pracovní zátěž – zdraví. In *Učitelé a zdraví 1*. Brno: Pavel Křepela, 1998, s. 7-25. ISBN 80-902653-0-8.

VAŠUTOVÁ, J. *Být učitelem*. 2. přeprac. vyd. Praha: PedF UK, 1997. 77 s. ISBN 978-80-7290-325-2.

VAŠUTOVÁ, J. *Profese učitele v českém vzdělávacím kontextu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2004. 190 s. ISBN 80-7315-082-4.

VAŠTATKOVÁ, J. *Úvod do autoevaluace školy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 188 s. ISBN 80-244-1422-8.

VINAY, J. *Stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 160 s. ISBN 978-80-7367-211-9.

WHO. *Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století*. Praha: Světová zdravotnická organizace, 2001.

ZEMÁNEK, P. Mladý učitel a jeho zdravý životní styl. In *Škola a zdraví 21*. Brno: Paido a Masarykova univerzita, 2005a, s. 467-473. ISBN 80-7315-119-7.

ZEMÁNEK, P. Subjektivní zdravotní stav mladých učitelů. In *Škola a zdraví 21*. Brno: Paido a Masarykova univerzita, 2005b, s. 504-510. ISBN 80-7315-119-7.

ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Příspěvek k neuropsychické zátěži učitelů. In *Učitelé a zdraví 3*. Brno: Křepela, 2001. od s. 63-73, 10 s. ISBN 80-902653-7-5.

9.2 Elektronické zdroje

Internet 1: About WHO [online]. [citováno 11.června 2010]. Dostupné z <http://www.who.int/about/en/>

Internet 2: Česká republika v číslech 2010 online]. [citováno 7.září 2011]. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/1409-10>

Internet 3: Demografické předpoklady a zdravotní stav obyvatel [online]. [citováno 5.října 2011]. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/publ/3315-10->

Internet 4: Pracovní neschopnost a její souvislosti [online]. [citováno 5.října 2011]. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/publ/3315-10->

Internet 5: Otevírané obory pro rok 2011/12 [online]. [citováno 28.října 2011]. Dostupné z <https://is.cuni.cz/studium/podprij/index.php?do=hledani&fakulta=11410&fst=&druh=&nazev=&zobraz=Hledat>

Internet 6: Studijní obory pro akademický rok 2012/2013 [online]. [citováno 28.října 2011]. Dostupné z http://www.pdf.upol.cz/nc/skupiny/zajemcum-o-studium/bakalarske-a-magisterske-studium/studijni-obory/fakulta/pdf/?user_vlkupobory_pi1%5Bpointer%5D=6&user_vlkupobory_pi1%5Bsort%5D=fieldname

Internet 7: Studijní katalog pro akademický rok 2011/2012 [online]. [citováno 28.října 2011]. Dostupné z <http://www.ped.muni.cz/studium/bc-a-mgr-studium/studijni-katalog/kombinovane-studium-bakalarske-programy/>

Internet 8: Katedra pedagogiky [online]. [citováno 28.října 2011]. Dostupné z <http://www.zcu.cz/fpe/kpg>

Internet 9: Studijní programy [online]. [citováno 28.října 2011]. Dostupné z <http://www.pf.jcu.cz/education/programmes/>

Internet 10: Bakalářské a magisterské studijní obory [online]. [citováno 28.října 2011]. Dostupné z <http://www.uhk.cz/cs-cz/studium/studijni-obory/standardni-studium/bakalarske-a-magisterske/Stranky/default.aspx>

Internet 11: Specializace v pedagogice [online]. [citováno 28.října 2011]. Dostupné z <http://tom.ujep.cz:8180/browser/PF/66?lang=cs>

Internet 12: Katedra pedagogiky primárního a alternativního vzdělávání [online]. [citováno 28.října 2011] Dostupné z <http://pdf.osu.cz/kpa/>

Internet 13: ŽIDKOVÁ, Z.; MARTINKOVÁ, J. *Psychická zátěž učitelů základních škol* [online]. [citováno 9.srpna 2011] Dostupné z http://www.psvz.cz/zidkova/doc/psych_zatez_ucitelu_zakl_skol.pdf

Internet 14: STOLÁR, P. *Osobnostní faktory a syndrom vyhoření u vybrané profesní skupiny pedagogů* [online]. [citováno 12.zář 2011] Dostupné z is.muni.cz/th/78994/fss_b/Bakalarska_prace.rtf

Internet 15: PAULÍK, K. *Percepce pracovní zátěže učitelů a učitelek a subjektivní zdraví*. [online]. [citováno 13.zář 2011] Dostupné z http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2010/27/27/texty/cze/paulik_c.pdf

Internet 16: KOHOUTEK, R. *Psychologie zdraví pro učitele a vychovatele* [online]. [citováno 15.zář 2011] Dostupné z http://www.ped.muni.cz/wpsy/old/stud_materialy/koh_ps_zdrav_.htm

Internet 17: Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants [online]. [citováno 1.října 2011] Dostupné z http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/74744/E77971.pdf

Internet 18: Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů [online]. [citováno 18.listopadu 2011] Dostupné z <http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-o-pedagogickych-pracovnicich>

Internet 19: Zákoník práce – Zákon č. 262/2006 Sb. [online]. [citováno 18.listopadu 2011] Dostupné z <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zakonik-prace/>

10. Přílohy

Příloha č. 1a, b: Dotazník pro diplomovou práci.....	1
Příloha č. 2: Seznam očíslovaných grafů a tabulek.....	3
Příloha č. 3: Přehled příznaků stresu ve zpracování J. Křivohlavého dle Světové zdravotnické organizace.....	4
Příloha č. 4: Doporučení anglického lékaře Vernona Colemana na eliminování stresu na pracovišti.....	5
Příloha č. 5: Obecné normy profesní morálky učitelů dle W. Brezinky.....	6

Příloha č. 1a

UČITEL A ZDRAVÍ Vliv zdraví na kvalitu výkonu povolání učitele v mateřské škole

Váš věk:

Délka praxe v MŠ:

Vzdělání:

Kraj:

- Co si představujete pod pojmem „zdraví“?
- Co si představíte, když se řekne „zdravá učitelka“?
- Myslíte si, že je práce učitele MŠ zdravotně náročná? Jestliže ano, v čem?
- Myslíte si, že má profese učitele vliv na jeho zdraví? Pokud ano:

co byste řekla, že má z profese učitele **pozitivní vliv** na zdraví?

co byste řekla, že má z profese učitele **negativní vliv** na zdraví?

- Co pro Vás znamená „být zdravá“?
- Míváte nějaké opakované zdravotní problémy?
- Býváte někdy nemocná v důsledku výkonu Vašeho povolání?
- Co je nejčastějším důvodem Vaší pracovní neschopnosti?

Příloha č. 1b

- Co je zdravotním limitem pro výkon Vašeho učitelského povolání?

co z hlediska zdraví omezuje Váš výkon?

co z hlediska zdraví zcela znemožňuje Váš výkon?

- Ovlivňuje Vaše povolání přístup, který máte k nemoci a jejímu léčení? Pokud ano, jak?
- Co Vás na práci učitelky MŠ nejvíce těší?
- Co Vás na práci učitelky nejvíce unavuje?
- Pokud se chcete odreagovat, odpočinout si od práce, jak toho docílíte? (Co děláte, když se chcete dostat do pohody?)
- Máte po práci čas na sebe?
jak ho trávíte?
jak byste ho trávila, kdybyste ho měla?
- Setkala jste se za dobu své praxe s tématem **prevence zdravotních rizik povolání**?
Kde? (např.: další vzdělávání pedagogických pracovníků / literatura / individuální zájem...)
- Jako učitelka pracujete v MŠ ____ let. Myslíte si, že za tu dobu mohla profese učitele nějak ovlivnit Vaše zdraví?

jak v **pozitivním smyslu**

jak v **negativním smyslu**

Příloha č. 2

Seznam očíslovaných grafů a tabulek

Graf č. 1: Co si představujete pod pojmem zdraví

Graf č. 2: Co si představíte, když se řekne „zdravá učitelka“

Graf č. 3a : Myslíte si, že je práce učitele MŠ zdravotně náročná?

Graf č. 3b: V čem myslíte, že je práce učitele MŠ zdravotně náročná?

Graf č. 4a: Co byste řekla, že má z profese učitele pozitivní vliv na zdraví?

Graf č. 4b: Co byste řekla, že má z profese učitele negativní vliv na zdraví?

Graf č. 5: Co pro Vás znamená „být zdravá“?

Graf č. 6: Míváte nějaké opakované zdravotní problémy?

Graf č. 7: Býváte někdy nemocná v důsledku výkonu Vašeho povolání?

Graf č. 8: Co je nejčastějším důvodem Vaší pracovní neschopnosti?

Graf č. 9 Co je zdravotním limitem pro výkon Vašeho učitelského povolání?

Graf č. 9a: Co z hlediska zdraví omezuje Váš výkon?

Graf č. 9b: Co z hlediska zdraví zcela znemožňuje Váš výkon?

Graf č. 9c: Srovnání četnosti výskytu faktorů, které omezují výkon učitelské profese

Graf č. 10a: Ovlivňuje Vaše povolání přístup, který máte k nemoci a jejímu léčení?

Graf č. 10b: Jak ovlivňuje Vaše povolání přístup, který máte k nemoci a jejímu léčení?

Graf č. 11a: Co Vás na práci učitelky MŠ nejvíce těší?

Graf č. 11b: Co učitelky na práci v MŠ nejvíce těší z hlediska absolutní četnosti odpovědí

Graf č. 12a: Co Vás na práci učitelky MŠ nejvíce unavuje?

Graf č. 12b: Co učitelky na práci v MŠ nejvíce unavuje z hlediska absolutní četnosti odpovědí

Graf č. 13: Pokud se chcete odreagovat, odpočinout si od práce, jak toho docílíte?

Graf č. 14: Máte po práci čas na sebe?

Graf č. 14a: Jak trávíte čas, který máte po práci na sebe?

Graf č. 14b: Jak byste po práci trávila volný čas pro sebe, kdybyste nějaký měla?

Graf č. 15: Setkala jste se za dobu své praxe s tématem prevence zdravotních rizik povolání?

Graf č. 16: Myslíte si, že za dobu po kterou pracujete v MŠ mohla profese učitele nějak ovlivnit Vaše zdraví?

Tabulka č. 1: Srovnání profesně podmíněného chování učitelů k nemoci v letech 2007 a 2010

Tabulka č. 2: Důsledky zvýšené zátěže na zdraví pedagogů

Příloha č. 3

Přehled příznaků stresu J. Křivohlavého dle Světové zdravotnické organizace

A. Fyziologické příznaky stresu

1. Bušení srdce (palpitace) – vnímání zrychlené, nepravidelné a silnější činnosti srdce.
2. Bolest a sevření za hrudní kosti.
3. Nechutenství a plynatost v břišní (abdominální) oblasti.
4. Křečovitě, svírající bolesti v dolní části břicha a průjem.
5. Časté nucení k močení.
6. Sexuální impotence a (nebo) nedostatek sexuální touhy.
7. Změny v menstruačním cyklu.
8. Bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou.
9. Svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, často spojené s bolestmi v těchto částech těla.
10. Úporné bolesti hlavy – často začínající v krční oblasti a rozšiřující se vpřed směrem od temene hlavy k čelu.
11. Migréna – záchvatová bolest jedné poloviny hlavy.
12. Exantém – vyrážka v obličeji.
13. Nepříjemné pocity v krku (jako bychom měli v krku knedlík).
14. Dvojitě vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod (tzv. fokusace).

B. Emocionální – citové příznaky stresu

1. Prudké a výrazně rychlé změny nálady (od radosti ke smutku a naopak).
2. Nadměrné trápení se s věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité.
3. Neschopnost projevit emocionální náklonnosti, sympatizování (sympateia – spolucítění) s druhými lidmi.
4. Nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled.
5. Nadměrné snění a stažení se ze sociálního styku, omezení kontaktu s druhými lidmi.
6. Nadměrné pocity únavy a obtíže při soustředění pozornosti.
7. Zvýšená podrážděnost, popudlivost (iritabilita) a úzkostnost (anxiozita).

C. Behaviorální příznaky stresu – chování a jednání lidí ve stresu

1. Nerozhodnost a do značné míry i nerozumné nářky.
2. Zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci, nehodách a úrazech.
3. Sklon ke zvýšené osobní nehodovosti a nepozornému řízení auta.
4. Zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, výmluvy, vyhýbání se odpovědnosti i častější podvádění.
5. Zvýšené množství vykouřených cigaret za den.
6. Zvýšená konzumace alkoholických nápojů.
7. Větší závislost na drogách, zvýšené množství tablet na uklidnění a léků na spaní.
8. Ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání.
9. Změněný denní životní rytmus – problémy s usínáním, dlouhé noční bdění a pak pozdní vstávání s pocitem velké únavy.
10. Snížené množství vykonané práce a zvýšená nekvalitnost práce.

Příloha č. 4

Doporučení anglického lékaře Vernona Colemana na eliminování stresu na pracovišti

1. přenést na lidi tolik zodpovědnosti, kolik mohou strávit;
2. poděkovat za vykonanou práci;
3. přesně rozlišovat, kdy lze zaměstnance nátlakem vyburcovat k lepšímu výkonu a kdy je nátlak neproduktivní;
4. usmívat se, mít přátelský výraz ve tváři;
5. učinit počítačový svět lidštějším a přehlednějším a tím pádem i vzbuzujícím menší obavy;
6. odstranit z pracovního života nudu;
7. postavit lidi do situace, aby změny přijímali kladně;
8. vyhnout se veškeré administrativě, jíž se vyhnout lze;
9. postavit osazenstvo do situace, kdy je schopno samo u sebe rozpoznat stres;
10. nikdy na nikoho nepřepřít odpovědnost, aniž by se mu daly k dispozici i prostředky a práva odpovídající této odpovědnosti;
11. jednat s lidmi jako s lidmi a nikoliv jako s náhradními díly;
12. postavit lidi do takové situace, aby mohli požadavky a úkoly také odmítat;
13. zajistit, aby lidé byli stavu s plnou odpovědností ovládat své stroje;
14. připravovat je na odchod do důchodu;
15. vytvořit demokratické a nikoliv autoritativní struktury rozhodování;
16. promíjet chyby a nebýt neodpouštějící;
17. podporovat nezávislost;
18. vytvořit ovzduší, v němž se lidé odvažují požádat o podporu a pomoc;
19. aktivně žádat o zlepšovací návrhy na práci;
20. dát spolupracovníkům víru, že se o ně firma opravdu stará;
21. zavést rozumné programy pro udržení tělesné kondice;
22. vytvořit pracovní místa, u nichž v centru pozornosti nestojí stroje, ale lidé;
23. natolik kvalifikovat spolupracovníky, aby se mohli uvolnit;
24. podporovat komunikaci;
25. dát spolupracovníkům smysl života vycházející z jejich práce;
26. udržovat pod kontrolou soutěživost mezi spolupracovníky a zamezovat příliš silné ctižádostivosti;
27. dát lidem pocit, že jsou předmětem osobního zájmu;
28. jednoznačně a jasně formulovat popisy práce a pokyny;
29. netolerovat protichůdné pokyny;
30. kritizovat jen uváženě a opatrně;
31. posilovat vědomí osobnosti i u „nejslabších článků řetězu“;
32. nenechat padnou „poražené“ a nezapomínat na ně;
33. ujímat se rovněž menších nesrovnalostí na pracovišti, zaměřit se právě na ně;
34. předem rozpoznávat vyvstávající problémy;
35. skutečně zapojovat talent a schopnosti zaměstnanců a využívat jich;
36. akceptovat rozdílné styly práce (někteří zaměstnanci začínají s prací v okamžiku, kdy vstoupí na pracoviště, jiní potřebují určitou vnitřní „zahřívací fázi“);
37. umožnit zaměstnancům formulovat jejich hněv;
38. zajistit, aby se opravdu vybírala dovolená;
39. rozpoznávat hodnotu neúspěchů (lze se z nich poučit);
40. nenadávat;
41. plánovat dopředu natolik prozíravě, aby se termíny nemusely plnit v časové tísní.

Příloha č. 5

Obecné normy profesní morálky učitelů dle W. Brezinky

1. *Učitelé musí znát povinnosti svého povolání.*
2. *Učitelé se musejí věnovat svému povolání s plným nasazením.*
3. *Učitelé si mají osvojit a udržet vysoký stupeň profesní zdatnosti. K tomu je potřebné, aby se pravidelně vzdělávali.*
 - a) *Učitelé si mají osvojit a udržet alespoň ty vědomosti a dovednosti, které mají zprostředkovat svým žákům.*
 - b) *Učitelé se mají snažit zlepšovat své metody a přitom brát ohled na dobře zdůvodněné vědecké poznatky.*
 - c) *Učitelé mají usilovat o získání a zdokonalování těch charakterových vlastností, které jsou nutné pro dobré plnění jejich profesních úkolů - přízeň vůči žákům, sebekázeň, trpělivost, duševní bdělost, schopnost vcítění.*
4. *Učitelé mají dbát na dobro každého ze svých žáků.*
 - a) *Učitelé mají dbát na tělesné dobro žáků a chránit je před nebezpečími pro jejich zdraví.*
 - b) *Učitelé mají klást hlavní důraz své profesní práce na péči o duševní zdatnost svých žáků.*
 - c) *Učitelé mají přispívat také k tomu, aby jejich žáci získali morální zdatnost.*
 - d) *Učitelé mají přihlížet také k duchovnímu dobru svých žáků. (s. 162-174)*